

Katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**VLIV HUDBY NA OSOBY SE ZDRAVOTNÍM
POSTIŽENÍM
THE INFLUENCE OF MUSIC ON
INDIVIDUALS WITH DISABILITIES**

Bakalářská práce: 11-FP-KSS-2033

Autor:

Lenka VOPIČKOVÁ

Podpis:

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Pejřimovská

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
65	6	0	12	35	1 CD

V Liberci dne: 23. 04. 2012

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
Akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka VOPIČKOVÁ**
Osobní číslo: **P09000127**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika předškolního věku**
Název tématu: **Vliv hudby na osoby se zdravotním postižením**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Popsat jak působí hudba na osoby se zdravotním postižením.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Rozhovor, pozorování, expresivní techniky, kazuistika.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HALOVÁ, Miroslava. Nemocný v domácí péči I. 1. vyd. Javorník: Halová Miroslava - MAJ. ZJ, 2007. ISBN 978-80-239-7316-7.

JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kol. Demence a jiné poruchy paměti. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan. Parkinsonova nemoc. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-19-0.

SCHWARZ, Shelley, Peterman. Parkinsonova nemoc. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2321-1.

STONE, Trevor, DARLINGTONOVÁ, Gail. Léky, drogy, jedy. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-1065-3.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jitka Pejřimovská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **1. dubna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. dubna 2012**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



doc. PaedDr. PhDr. Ilona Pešatová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 22. dubna 2011

Čestné prohlášení

Název práce: Vliv hudby na osoby se zdravotním postižením

Jméno a příjmení autora: Lenka Vopičková

Osobní číslo: P09000127

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména § 60 – školní dílo.

Prohlašuji, že má bakalářská práce je ve smyslu autorského zákona výhradně mým autorským dílem.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Prohlašuji, že jsem do informačního systému STAG vložila elektronickou verzi mé bakalářské práce, která je identická s tištěnou verzí předkládanou k obhajobě a uvedla jsem všechny systémem požadované informace pravdivě.

V Liberci dne: 23. 04. 2012

Poděkování

Na tomto místě je mou povinností poděkovat a vyjádřit úctu nejprve paní docentce Iloně Pešatové za to, že jsem se mohla účastnit naprosto unikátního projektu, který paní docentka vedla a paní magistře Jitce Pejřimovské, vedoucí mé bakalářské práce. Bez podpory obou výše zmíněných, bez jejich odborného vedení a bohatých zkušeností v oboru by tato práce nikdy nevznikla. Obě tyto ženy jsou výbornými pedagožkami. Lidství považují za nejvyšší životní hodnotu a tuto myšlenku dokáží předávat ostatním. Dále patří můj velký dík paní Anně za její vstřícnost a bezprostřednost, za její ochotu spolupracovat. Nesmírně si vážím toho, že mi Anna dovolila nahlédnout do jejího nevšedního života. Děkuji i celé skupině klientů za jejich pozitivní přístup a vytvoření přátelské atmosféry, která doprovázela všechna naše setkání. Na této skutečnosti se podílely významnou měrou i všechny zúčastněné studentky. V neposlední řadě si vážím své rodiny, která mě po celou dobu vzniku této práce všestranně podporovala.

V Liberci dne: 23. 04. 2012

.....

Název bakalářské práce: Vliv hudby na osoby se zdravotním postižením

Jméno a příjmení autora: Lenka Vopičková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2011/2012

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Pejřimovská

Anotace:

Předložená bakalářská práce se zabývá vlivem hudby na osoby se zdravotním postižením.

Cílem této práce je zjistit, jakým způsobem hudba působí na osoby se zdravotním postižením, jak a do jaké míry může ovlivnit a zkvalitnit jejich životy. Bakalářská práce je členěna na teoretickou a empirickou část. V teoretické části je specifikován termín „osoba se zdravotním postižením“. Dále se autorka podrobně věnuje termínům jako je hudba a její vliv na člověka, hudební reedukace a muzikoterapie.

V empirické části je popsána činnost studentů, kteří doprovázeli osoby se zdravotním postižením. Tato část sumarizuje a analyzuje práci studentů v oblasti hudební reedukace pod lékařskou a muzikoterapeutickou supervizí. Popisuje muzikoterapeutickou práci s jednotlivcem i se skupinou osob se zdravotním postižením.

Vzhledem k potížím osob trpících zdravotním postižením byla práce zpočátku primárně orientována na zlepšení motorických funkcí a na schopnost samostatně provádět hudební aktivity. Sekundárně pak na prožívání jedince a jeho psychosociální aktivitu.

Klíčová slova: speciální pedagogika, osoby se zdravotním postižením, Parkinsonova choroba, hudba, muzikoterapie, hudební reedukace, motorika, psychosociální podpora.

Title of the bachelor thesis: The influence of music on individuals with disabilities

Author: Lenka Vopičková

Academic year of the bachelor thesis submission: 2011/2012

Supervisor: Mgr. Jitka Peřimovská

Abstrakt

The submitted thesis deals with the influence of music on individuals with disabilities.

The aim of this thesis is to determine in what manner does music affect people with disabilities and to what extent can it have a positive impact on their lives. The thesis is divided into a theoretical and an analytical part. The theoretical part specifies the term *individual with disability*. The author then deals in detail with terms such the influence of music on an individual, musical reeducation and music therapy.

The analytical part describes the activities of students, who accompanied individuals with disabilities. This part summarises and analyses the work of students in the field of musical reeducation under medical supervision and the supervision of musical therapy. Musical therapy with individuals as well as groups of people with disabilities is specified in this part of the thesis.

Due to the problems of the people suffering from disabilities, the work was at first primarily aimed at the improvement of motor functions and on the abilities to take part in musical activities individually. Secondly the work dealt with the personal experience of individuals and their psychosocial activities.

Key words: special pedagogy, individuals with disabilities, Parkinson's disease, music, musical therapy, musical reeducation, motor skills, psychosocial support.

Obsah

ÚVOD.....	9
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 Zdravotní postižení.....	11
1.2 Historický pohled.....	12
1.3 Současný trend.....	13
1.3.1 Rehabilitace.....	14
1.3.2 Dítě, žák nebo student se speciálními potřebami.....	16
1.4 Vliv hudby.....	16
1.4.1 Muzikoterapie.....	19
1.4.2 Metoda Geneapé.....	20
1.5 Parkinsonova choroba.....	20
1.5.1 Historie onemocnění.....	21
1.5.2 Výskyt nemoci.....	22
1.5.3 Vznik nemoci a dědičné vlivy.....	22
1.5.4 Příznaky nemoci	23
1.5.5 Léčba Parkinsonovy choroby.....	27
1.5.6 Přehled medikamentů určených k léčbě Parkinsonovy choroby.....	28
2 EMPIRICKÁ ČÁST.....	29
2.1 Cíl, předpoklady, základní průzkumné otázky.....	29
2.2 Použité metody a postupy.....	29
2.3 Popis zkoumaného vzorku.....	30
2.4 Obraz klienta.....	31
2.4.1 Vznik programu individuálních muzikoterapeutických hudebních domácích aktivit.....	33
2.4.2 Kazuistika.....	34
2.4.3 Současný stav.....	37
2.4.4 Spontánní využití hudby.....	39
2.4.5 Emoční úroveň klienta.....	41
2.4.6 Motorická úroveň klienta.....	41
2.5 Tvorba skupiny.....	42
2.5.1 Anna ve skupině.....	43
2.5.2 Jednotlivci ve skupině.....	44
2.5.3 Dynamika skupiny.....	55
2.6 Shrnutí výsledků praktické části a ověření předpokladů.....	58
ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63

ÚVOD

V současnosti hledá stále více lidí nějaký způsob nebo nějakou formu pomoci, která by jim alespoň částečně usnadnila cestu na nelehké životní pouti nebo zmírnila potíže, které většinu populace na této cestě provází. Existuje mnoho cest, kterými je možno se vydat. Stále početnější skupinu tvoří lidé, kteří oddaně milují hudbu a vše s ní spojené a věří tomu, že hudba samotná jakožto fenomén, může jejich životy do značné míry ovlivnit či změnit k lepšímu.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje hudba lidi se zdravotním postižením. Pro komplexní uvedení čtenáře do problematiky bylo v teoretické části nutné nejprve popsat specifikaci osob ze zdravotním postižením. Dále se autorka podrobně věnuje termínům jako je hudba a její vliv na člověka, hudební reedukace a muzikoterapie. V neposlední řadě bylo nutné přiblížit čtenáři problematiku osob se zdravotním postižením, konkrétně s Parkinsonovou chorobou, proto jsou v této práci popsány příznaky tohoto onemocnění, způsob léčby, výskyt onemocnění i celkový vývoj léčebných přístupů od historie až po současnost.

Cílem empirické části práce je zjistit a popsat vliv hudby na zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením. V této části je konkrétně popsána muzikoterapeutická práce se skupinou osob trpících zdravotním postižením, jejich zdravotní stav, úroveň motorická a jejich emocionalita.

Vzhledem k potížím osob trpících zdravotním postižením byla práce zpočátku primárně orientována na zlepšení motorických funkcí a na schopnost samostatně provádět hudební aktivity, sekundárně pak na prožívání jedince a jeho psychosociální aktivitu.

Výběr použitých metod přímo souvisí s povahou průzkumu, která je smíšená a ve které se uplatňují jak kvalitativní, tak kvantitativní postupy. Mezi metody, které autorka využívá patří rozhovor, pozorování, expresivní techniky a kazuistika. Autorka práce byla členkou týmu, který vedl skupinu zdravotně postižených po dobu deseti měsíců. Současně sledovala a doprovázela v rámci nácviku hudebních aktivit jednoho vybraného klienta individuálně a doprovázela a podporovala jeho muzikoterapeutické aktivity i v jeho domácím prostředí.

Autorka práce byla v roli muzikoterapeuta, který byl supervidován lékařem a zároveň i muzikoterapeutem. O své edukační činnosti vedla týdenní zápisy, které byly v rozmezí přibližně jednoho měsíce sumarizovány, vyhodnocovány, analyzovány a současně byly zachycovány výsledky práce i na videozáznam. Tak bylo možné vyhodnocovat změny nejen motoriky, ale i ostatních projevů klienta. Podíl na nacházení konkrétních hudebních činností nesl jednak klient sám, jednak supervize lékaře a muzikoterapeuta v rámci práce se skupinou.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je dnes tématem velmi aktuálním. Díky pokroku vědy a novým poznatkům medicíny se neustále zvyšuje průměrný věk lidí ve společnosti a s tím stoupá i počet lidí se zdravotním postižením (Baštecká, et al 2009, s. 446).

Zdravotní postižení je dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou nijak odstranit. Jeho důsledky lze však zmírnit soustavou promyšlených opatření. Na těchto opatřeních se musí podílet celá společnost. Autorky Pešatová a Tomická definují pojem „zdravotně postižené osoby“, podle nich se jedná o osobu, která v důsledku fyzického, mentálního nebo smyslového poškození není zpravidla schopna zajistit si sama všechny potřeby běžného osobního a společenského života (Pešatová, Tomická 2007, s. 28).

Zdravotní postižení vysvětluje Baštecká stejně jako výše citované autorky. Popisuje ho jako stav, kdy má člověk vrozené či získané poškození konkrétní tělesné struktury nebo funkce. Tento stav ho může omezovat ve vykonávání některých činností a také při začlenění se do společnosti. Dále uvádí ve shodě s ostatními autory, že zdravotním postižením je nazýván, na rozdíl od nemoci, dlouhodobý nebo trvalý stav, který často nelze léčbou odstranit. Zajímavé je, že lidé se zdravotním postižením se mohou cítit naprosto zdraví. Stanovení přesného počtu osob se zdravotním postižením v České republice v současné době je velmi obtížné, a to z toho důvodu, že hranice mezi „postižením“ a „nepostižením“ není zcela přesně definována a lze ji obtížně vymezit. V současné době se v odborné literatuře uvádí, že v České republice žije přibližně 1,2 miliónu občanů se zdravotním postižením, což tvoří zhruba deset procent populace (Baštecká, et al 2009, s. 446).

Autor Jan Průcha, společně s dalšími autory, uvádí ve svém pedagogickém slovníku pojem „postižený“. Dle něj se jedná o jedince postiženého nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození. Toto trvalé postižení prakticky znemožňuje jedinci bez speciální pomoci splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a provozu.

Výchova a vzdělávání těchto jedinců se z části organizuje ve speciálních školách a zařízeních zřízených k těmto účelům (Průcha, et al 2001, s. 171).

1.2 Historický pohled

Podle Baštecké je tradovaným mýtem, že se o osoby zdravotně postižené stará společnost až v současné době. Dle autorky existuje mnoho důkazů o tom, že i v dobách přibližně před čtyřiceti tisíci lety žily osoby s velmi závažnými zdravotními postiženími, která jim znemožňovala například pohyb či přijímání tuhé potravy, a přesto se i tyto osoby dožívaly vysokého věku. Z tohoto lze usuzovat, že není pravda, že lidé s postižením neměli šanci na přežití. Pravdou ale zůstává, že v průběhu vývoje celé společnosti se měnily postoje k těmto osobám, od jejich fyzické likvidace, přes segregaci, až po integraci. V tomto se Baštecká shoduje se všemi autory, kteří se uvedenou problematikou zabývají (Baštecká, et al 2009, s. 449).

Vacek uvádí, že v historii se například šílenství považovalo za výplod démonů. Věřilo se, že člověk je posedlý zlými duchy, že ztratil duši nebo že je uřknutý. Šamani léčili nemoci pomocí magických sil a ceremoniálů. Egypťané, Sumerové, Babyloňané a Asyřané považovali duševně choré za posedlé zlými duchy a proto je kněží z těchto osob zařikáváním vyháněli (Vacek 1996, s. 11).

Velmi nehumánní byl postoj nacistů k postiženým osobám během 2. světové války. O jejich zločinech se toho ví v dnešní společnosti dost, méně známý je však fakt, že nacisté nacvičovali holocaust na duševně nemocných. Jak píše Vacek, vše začalo nenápadně, přijetím zákona o opatřeních proti dědičným chorobám. Předlohu tohoto zákona vypracovala už Výmarská republika. Tento zákon umožňoval sterilizaci duševně chorých a přerušení těhotenství až do pátého měsíce. Uvítali ho bohužel i někteří psychiatři. Zákon postihoval schizofrenní i maniodepresivní pacienty, stejně tak slabomyslné a epileptiky. V roce 1935 se obrátil na Adolfa Hitlera doktor Gerhard Wagner s požadavkem, aby duševně nemocní lidé byli usmrcováni. Vraždění těchto pacientů dostalo vznešený název: „program eutanázie“. Trvalo řadu let, než došlo k soudnímu postihu osob, které se na těchto zločinech podílely (Vacek 1996, s. 353).

Jak dále píše Vacek, svou kapkou, spíše pak „plným džberem jedu“, přispěl do těchto kampaní i filozof Fridrich Nietzsche (1844 - 1900). Ten hlásal potřebu zvratu hodnot v lékařských profesích: „...nemocný je parazitem na těle společnosti. Už to, že žije, je neslušnost. Jen vegetuje ve své zbabělosti na lékařích, přestože jeho existence nemá smysl. Ztratil již právo na život. Je třeba, aby mu společnost svoje pohrdání dávala najevo. Lékař by mu žádné recepty neměl psát. Spíš by měl při styku s ním dát najevo svou zhnusenost. Měl by potlačovat a odstraňovat vše zvrhlé a chorobné, upírat mu právo na rozmnožování, právo na to, že se vůbec narodil, prostě právo na život“ (Vacek 1996, s. 367).

Proti těmto myšlenkám se v roce 1941 asi nejostřeji ohradil biskup Clemens August von Galen: „...bude-li jednoho dne dovoleno usmrcovat neproduktivní osoby, ač v současnosti jde jen o ubohé a bezbranné duševně choré, pak bude jednoho dne dovoleno vraždit vůbec všechny neproduktivní lidi, všechny osoby nevyléčitelně choré, invalidy práce i válečné invalidy, a tak posléze i my všichni budeme vydáni napospas riziku zavraždění, až budeme jednou staří a zesláblí, a tedy i neproduktivní“ (Vacek 1996, s. 359).

1.3 Současný trend

Soudobý pohled na zdravotní postižení předkládá Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, postižení a zdraví. Ta doplňuje 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. Jedná se o univerzální model, u kterého nejsou rozlišení postižení či zdraví. Zaměřuje se na popis tělesných funkcí a struktury člověka a zjišťuje, zda jsou bezproblémové nebo částečné či úplně porušené, např. v důsledku choroby nebo zranění. Dále pak klasifikace popisuje aktivity, různé úkoly a činnosti, které člověk provádí. Ty mohou být omezeny důsledkem nějaké poruchy a na základě těchto omezení může být změněna i účast člověka v životě společnosti. Rozsah omezení závisí z velké části na osobních faktorech člověka, na prostředí ve kterém žije i na individuálních rehabilitačních plánech. Osobnostními činiteli jsou pohlaví jedince, věk, schopnost zvládání zátěže, sociální zázemí, vzdělání, profese, dále pak zkušenosti, typ chování, charakter a temperament. Kulturní rozdíly, bariérovost, právní a sociální systém, pomoc komunity a postoj jsou řazeny mezi faktory prostředí (Baštecká, et al 2009, s. 448).

1.3.1 Rehabilitace

Rehabilitace představuje jednu z možností, jak posílit osobu se zdravotním postižením v prostředí. Představuje koordinovanou a plynulou snahu lékařů, ergoterapeutů, sociálních pracovníků, ale také neziskových organizací o co nejrychlejší a také největší zapojení zdravotně postižených do běžných lidských aktivit. K tomu využívá léčebné, sociální, pedagogické a pracovní prostředky. Pokud je možné zapojení do pracovního procesu, je důležitou součástí rehabilitace. S tímto úzce souvisí i vyrovnávání pracovních příležitostí na trhu práce (Baštecká, et al 2009, s. 448).

Termín rehabilitace pochází z latinského „rehabilitas“, což v překladu znamená doslovně „znovuuschopnění“, volně přeloženo návrat do původního stavu nebo opětovné dosažení schopnosti. V lékařství je tento termín chápán jako postupy, které upravují orgánový defekt a obnovu narušené funkce. Toho lze dosáhnout především nápravným cvičením, které je zaměřeno na aktivizaci tělesných a také psychických schopností osob nemocných a osob v rekonvalescenční péči (Pešatová, Tomická 2007, s. 25).

Ucelená rehabilitace představuje plynulé, koordinované úsilí, s cílem začlenit zdravotně postižené osoby do běžného života. Pojem je přeložen z anglického termínu „comprehensive rehabilitation“ a vyjadřuje to, že na rehabilitaci osob se zdravotním postižením se vždy podílí více rezortů. Jejich složkou je kromě rehabilitace léčebné i rehabilitace sociální. U dětí a mládeže je přirozenou součástí i rehabilitace pedagogicko-výchovná. V produktivním věku se jedná zejména o rehabilitaci pracovní. Podmínkou ucelené rehabilitace je, že musí všechny složky na sebe navazovat. To je úkolem především ergoterapeuta (Votava 2009, s.10).

Cílem dnešní společnosti je snaha o eliminování diskriminace osob se zdravotním postižením, odstraňování stále přetrvávajících segregáčních přístupů. Tím nejdůležitějším je poskytnout všem právo na vzdělání, nabídnout odpovídající sociální služby a podporovat rodiny se zdravotně postiženou osobou. Nutné je vytváření pracovních příležitostí a respektování základních odlišností jedinců s postižením. Jak uvádějí Pešatová a Tomická, není tedy středem pozornosti výčet neschopností, výčet toho, co jedinec nezvládá nebo nedokáže a co bude třeba překonávat. Nový přístup vychází z pozitivních aspektů osobnosti a z toho, v čem je jedinec

úspěšný, co dokáže, v čem jsou jeho možnosti. Lidem s postižením jsou přiznána práva na důstojný a plnohodnotný život ve společnosti, ve které žijí (Pešatová, Tomická 2007, s. 7).

Jak dále uvádějí Pešatová a Tomická, je povinností společnosti vytvoření takového systému speciálních služeb a podpor, aby byly specifické potřeby těchto osob po celý jejich život naplňovány. Jak už bylo zmíněno, práva jedinců s postižením jsou zakotvena v mnoha mezinárodních dokumentech, též deklaracích a legislativách jednotlivých zemí a to včetně České republiky. Tím základním pojmem je „normalizace“, tj. nabízení normálních kvalit života lidem s postižením, takových, které jsou srovnatelné se způsobem života majoritní společnosti. Dalším pojmem je humanizace, znamenající lidskost a lásku k lidem, orientaci na hodnotu člověka, právo na štěstí, osobní rozvoj a svobodu (Pešatová, Tomická 2007, s. 9).

Občané se zdravotním postižením mají nárok na naplnění všech základních lidských potřeb stejně jako majoritní společnost. Mezi základní lidské potřeby řadíme:

- potřeby fyziologické,
- potřeby bezpečí, soukromí a jistoty,
- potřebu být milován, zároveň někam patřit,
- potřebu respektu a úcty,
- potřebu seberealizace (Čadilová, et al 2007, s. 105).

O osobě se zdravotním postižením je nutné vždy hovořit jako o jednom konkrétním člověku, který má konkrétní jméno a jeho postižení by nemělo být podstatným faktorem při posuzování jeho osoby jako lidské bytosti. Lidé s jakýmkoli postižením mají obyčejné lidské potřeby, stejně jako všichni ostatní. Začlenění osob se zdravotním postižením a zvýšení jejich účasti na životě společnosti je úkolem celosvětovým. Baštecká se na tom shoduje se všemi autory, zabývajícími se touto problematikou. Práva osob se zdravotním postižením jsou upravena i legislativně (Baštecká, et al 2009, s. 449).

1.3.2 Dítě, žák nebo student se speciálními potřebami

Ve školském zákoně č. 561/2004 Sb., odstavci 2 § 16, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání je uvedeno, že dítětem, žákem, studentem se speciálními vzdělávacími potřebami mohou být děti se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním (Pešatová, Tomická 2007, s. 32).

Do zdravotního postižení zahrnuje školský zákon postižení mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové, vady řeči, souběžné postižení s více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se uvádí, že umožňují-li to podmínky, měli by být tito integrováni do běžné výuky. Zároveň však formulace „žák se speciálními vzdělávacími potřebami“ není z hlediska psychologického zcela přesná, neboť vzdělávací potřeby jsou stejné u všech dětí. Jedná se o potřebu osobního rozvoje, orientace se ve světě kolem sebe a zvyšování své způsobilosti. Jde tedy spíše o vytvoření speciálních podmínek pro vzdělávání těchto dětí (Baštecká, et al 2009, s. 446).

Zdravotní znevýhodnění je definováno jako zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo také lehčí zdravotní porucha, vedoucí k poruchám učení a chování. Tyto faktory je nutné při vzdělávání zohlednit (Pešatová, Tomická 2007, s. 32).

Za sociální znevýhodnění je považováno rodinné prostředí s nízkým sociokulturním postavením, ohrožení sociálně-patologickými jevy, dále pak nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova a také postavení azylanta a účastníka o udělení azylu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu (Pešatová, Tomická 2007, s. 32).

1.4 Vliv hudby

Počátky využívání hudby k léčebným účelům sahají až do dob dávno minulých. První zmínky o vlivu hudby na člověka pocházejí již z období přibližně pět set let před naším letopočtem. V období renesance však velmi málo lékařů připouštělo, že by hudba měla výraznější vliv na pacientův zdravotní stav. Jedním z hudebních velikánů, který hudbu využíval jako balzám terapie, byl Johann Sebastian Bach. Na požádání jistého hraběte, který měl potíže se spánkem,

zkomponoval „*Goldbergovy variace*“. Dodnes je tato série třiceti skladeb pro cembalo muzikoterapeuty využívána jako prostředek ke zklidnění mysli i těla (Campbell 2001, s. 202).

Podle docenta Linky vznikl nápad léčit hudbou lidi již ve starověku a to u různých vzájemně spolu často ani nekomunikujících populací. Tento fakt je bezpečně doložen. Sám však připouští i možnost toho, že léčení hudbou může mít kořeny v prehistorických dobách, zároveň vylučuje možnost, že muzikoterapie je stará jako lidstvo samo (Linka 1997, s. 15).

Campbell uvádí, že terapeutické využití hudby zažilo po několika stoletích velký návrat, zejména v západních zemích. Dnes je možné využívat hudbu i při stanovování diagnózy, předpokládá se, že pacient bude při poslechu určitého typu hudby sdílnější, dále ke zlepšování motorických funkcí a k rozvoji komunikace mezi klientem a terapeutem. Léčba hudbou může být též součástí holistického přístupu, který v sobě kombinuje poslech, zpěv, tónování či monotónní zpěv. Toto v kombinaci s úpravami hudebních aktivit, cvičením a meditacemi je nazýváno zvukovou terapií (Campbell 2001, s. 203).

V současné době je o muzikoterapii značný zájem, který, jak se zdá, stále stoupá. Příčin tohoto zájmu o muzikoterapii je, jak uvádí docent Linka, několik. Jedním z důvodů může být i to, že na rozdíl od jiných zdravotních zákroků není muzikoterapie bolestivá, namáhavá ani nijak nepříjemná. Pokud je provozována náležitým způsobem a v odpovídajících podmínkách, patří hudba k velmi příjemným stránkám lidského života (Linka 1997, s. 15).

Existuje řada nemocí a poruch, na jejichž léčbu může mít hudba zásadní vliv. Již zmíněný autor ve své knize vyjmenovává celou řadu těchto chorob. Například agresivní a asociální chování, AIDS, chronická a akutní bolest, alergie, Alzheimerova choroba, deprese, epilepsie, hypertenze, neuromuskulární a kostní poruchy, poruchy pozornosti a učení a v neposlední řadě hudba velice zásadně ovlivňuje i pacienty s Parkinsonovou chorobou (Campbell 2001, s. 230).

Neméně důležitou informací je, že již lidský plod slyší hudbu a to od třetího měsíce vývoje. Děti ve dvou měsících po narození rozeznají výšku, hlasitost tónu a také melodii. Ve čtyřech měsících dítě dokáže rozpoznat rytmus. Jak dále uvádí ve své knize Marek, na počátku nového tisíciletí převládal mezi lékaři stále velmi chladný postoj k hudbě. Faktem ovšem je,

že ani lékaři nemohou popřít jistý vliv hudby na člověka. Při poslechu libé hudby dochází v těle člověka ke značným tělesným změnám i změnám v mozkové činnosti. Na základě toho i lékaři jsou nuceni přiznat, že hudba má jednu neoddiskutovatelnou vlastnost, a to, že má uklidňující i uvolňující účinky (Marek 2000, s. 20).

Na vlivu hudby na člověka již v období prenatalního vývoje se shoduje s Markem i Franěk. Franěk shodně uvádí ve své knize, že lidský plod již před narozením reaguje na vnější zvuky, včetně lidské řeči. Tyto reakce jsou průkazné, neboť plodu se zrychlí tep na základě polekání, nebo se naopak tep zpomalí, což je spojené s celkovým zklidněním organismu. Je velmi pravděpodobné, že prenatalní hudební zkušenost se podílí na vlastní lidské emocionální reakci na hudbu (Franěk 2005, s. 128).

Autor Marek popisuje jak hluboký a zásadní vliv má hudba na člověka. Výzkumem se prokázalo, že když lidskou buňku ovlivníme zvukem určitého kmitočtu, dojde k prudké změně koncentrace iontů vápníku. Ty jsou velmi důležitým prvkem regulace buněčné látkové výměny. Autor je dokonce přesvědčen, že pomocí správně zvolené hudby, v tom správném čase a místě, by se daly měnit životy lidí i směr vývoje celých společností (Marek 2000, s. 26).

Campbell popisuje ve své knize případ jednoho profesora hudby, který trpěl mozkovou obrnou a v období mezi dvacátým a třicátým rokem jej zasáhlo onemocnění Parkinsonovou chorobou. Profesor hrál na lesní roh, velmi ho však zaujala harfa. Po několika hodinové hře na harfu zjistil, že příznaky jeho onemocnění mizí. Věnoval se hře na harfu tak důkladně, že se později stal profesionálním harfistou a vypěstoval si postupně takovou vytrvalost, že byl schopný hrát i několik hodin denně. Hra na tento nástroj ho zbavovala příznaků Parkinsonovy choroby. Příznaky choroby se naopak zvyšovaly v případech, kdy pár dní na harfu nehrál. Docházelo k progresi choroby a navracení symptomů, objevovaly se poruchy řeči, ochabování poloviny obličeje a potíže s ovládáním levé paže a nohy. Badatelé z oblasti medicíny vědí, že hra na harfu do značné míry zlepšuje motorické dovednosti pacientů. Jinými slovy, dle autora, pomáhá hra na harfu nemocným Parkinsonovou chorobou znovu se „vyladit“. To poznal i zmíněný profesor hudby a proto založil hudební soubor Léčivé harfy (Healing Harps), v němž hrají i další umělci postižení různými poruchami. Celá tato skupina spolupracuje

aktivně s lékaři a pomáhá tak medicíně hlouběji porozumět mechanismu léčivých postupů (Campbell, 2001 s. 230).

1.4.1 Muzikoterapie

V současné době existuje mnoho definic, které vymezují pojem muzikoterapie, neexistuje však pouze jedna obecně přijímaná definice. Většinou se ale charakteristiky shodují v obecných principech. Jedna z definic uvádí, že muzikoterapie je cílevědomý proces, během kterého pomáhá terapeut klientovi zlepšit, udržet nebo obnovit pocit duševní rovnováhy. K tomu využívá hudební prožitky a jako dynamická hnací síla mu slouží vztahy, které se vytvářejí prostřednictvím hudebních prožitků (Moreno 2005, s. 15).

Tato definice muzikoterapie v sobě nese, podle Morena, některé znaky, které jsou obecně považovány za nezbytné prvky muzikoterapie. Těmi jsou například zaměření se na dosažení výsledku a pojem duševní pohody, zároveň se předpokládá nedělitelná spojitost mezi duševním a tělesným zdravím. Hudba může ovlivnit široké spektrum psychických parametrů. Podmínkou pro dosažení pozitivní změny v lidském životě vlivem muzikoterapie jsou hudební zážitky (Moreno 2005, s. 16).

Zeleviová ve své knize též uvádí, že definice muzikoterapie se od sebe v mnohém liší. Každá z definic klade často důraz na něco jiného a upřednostňuje jiné přístupy, postoje i cíle. Tato různorodost je v jednotlivých zemích světa dána především rozdílností historickou, sociální, kulturní a politickou. Samotná podstata muzikoterapie je především etická a dotýká se života jako takového. Forma muzikoterapie je buď individuální, zde se předpokládá přímá spolupráce klienta a muzikoterapeuta a nebo skupinová, při níž je nutné, aby muzikoterapeut znal výborně jak celou skupinu, tak i její jednotlivce. Terapeut se vždy společně s klientem domluví na tom, jaká z forem je pro klienta nejvhodnější (Zeleviová 2007, s. 40).

Muzikoterapií jsou nazývány všechny léčebné metody, které využívají hudbu jako terapeutického prostředku. Vztah mezi hudbou a medicínou je odvěký. Jak uvádí Poledňák, magická funkce hudby je její nejpodstatnější funkcí. Ve své knize také zmiňuje biblický příběh Davida, který léčil hrou na harfu krále Saula (Poledňák 1984, s. 207).

Docent Votava vysvětluje pojem muzikoterapie jako terapeutické využití vhodně vybrané hudby, a to jednak určené k poslechu, jednak aktivně prováděné klientem nebo skupinou klientů vedenou terapeutem. K tomuto účelu se často používají speciální jednoduché nástroje (Orfovo instrumentárium). Muzikoterapii lze využít v praxi edukační a zároveň i v praxi klinické. S pojmem muzikoterapie se velmi úzce pojí termín taneční terapie. O tu se jedná v případě, kdy je hudba spojená s pohybem (Votava 2009, s.18).

1.4.2 Metoda Geneapé

Jitka Pejřimovská, autorka muzikoterapeutické strategie Geneapé, pojímá muzikoterapeutické působení jako vzájemnou kooperaci otevřených systémů a subsystémů. Charakterizuje Geneapé takto: „...*Geneapé představuje systémové chápání muzikoterapie jako svébytné terapeutické intervence s diagnosticko-terapeutickým specifickým využitím hudební informace, která se podílí společně s terapeutickým vhladem, rozhovorem, dramatizací a jinými uměleckými prostředky na terapeutickém výsledku*“ (Pejřimovská 2011, s. 44). Pejřimovská prezentuje zvuk a hudbu jako médium, které vyjadřuje obsahový význam a zpřístupňují se a reprezentují hlubinné vrstvyžitých obsahů. Zvyšuje se kongruence a osobnostní integrita. Přístupy metody Geneapé jsou primárně cíleny na somatiku a psychické procesy a stavy ve větvi edukační a klinické. U osob se zdravotním postižením, konkrétně s Parkinsonovou chorobou, se dle Geneapé například působí i na tělesný subsystém tím, že hudba a zvuk se stávají vnějším stimulem, který zvyšuje funkčnost centrální nervové soustavy a nervové soustavy. Edukační a klinická muzikoterapie jsou jedněmi ze základních větví metody Geneapé. Edukační muzikoterapeut působí prostřednictvím zdravé složky osobnosti. Prolíná se komplexně s problematikou klienta a realisticky podporuje zdravou oblast. Klinický muzikoterapeut pracuje s intrapsychickou dynamikou i v rámci psychické poruchy. Má výsadní kompetence tam, kde nastupuje riziko psychických poruch. Pracuje cíleně a odkrývá vrstvy intrapsychické psychopatologické dynamiky (Pejřimovská 2011, s. 46).

1.5 Parkinsonova choroba

Autorka této práce se podrobně zabývala vlivem hudby na osoby se zdravotním postižením. Pracovala ve skupině osob trpících Parkinsonovou chorobou. Toto chronické, pomalu se rozvíjející onemocnění, které nelze zcela vyléčit, je řazeno mezi **zdravotní postižení**.

Je zcela evidentní, že v okamžiku, kdy pacient onemocní Parkinsonovu nemocí, se mu navždy změní život. V ten moment je důležité zachovat si optimismus a nadhled. Nevzdávat se a nepoddávat se této informaci. Současná doba dává osobám s Parkinsonovou chorobou velkou naději (Schwarz 2008, s. 13).

1.5.1 Historie onemocnění

První ucelený popis této choroby byl učiněn londýnským lékařem Jamesem Parkinsonem roku 1817 v knize "O třaslavé obrně". V této knize se zmiňuje celkem o šesti nemocných pacientech, u kterých se projevovaly příznaky v kombinaci, se kterou se v soudobé lékařské literatuře ještě nesetkal. Po vydání jeho knihy více lékařů potvrdilo výskyt tohoto onemocnění. Záhy byla nemoc pojmenována po svém objeviteli (Roth, et al 2009, s. 12).

Prvním pokusem jak onemocnění léčit, bylo užívání přípravků rostlinného původu, samozřejmě, bez výrazného efektu. Anticholinergika byla roce 1946 prvními uměle vyrobenými léky, které měly mírnit zejména třes provázející chorobu, měla však mnoho nežádoucích účinků. Průlom při léčbě Parkinsonovy choroby nastal v roce 1958. V té době slavný farmakolog Carlsson zjistil, že v oblasti mozku, v bazálních gangliích, se nachází velké množství látky nazývané dopamin. Na základě výzkumu Carlssona, pozdějšího nositele Nobelovy ceny, se v roce 1960 ve Vídni podařilo dokázat, že Parkinsonovu chorobu způsobuje nedostatek dopaminu v černém jádře mozku. V roce 1961 se dva vědci nezávisle na sobě pokusili o léčení pomocí levodopy, která je základním stavebním kamenem pro výrobu dopaminu v mozku. Z počátku velmi kritický postoj lékařské veřejnosti se proměnil během několika let v obrovské nadšení (Roth, et al 2009, s. 12).

Velmi převratným bylo zjištění, že choroba je způsobena nedostatkem jedné jediné látky v konkrétní části mozku a následně i fakt, že je možné tuto látku vpravovat do organismu uměle a tímto způsobem její nedostatek nahrazovat. Přibližně po pěti letech od objevu se však projevovaly u nemocných léčených pomocí levodopy komplikace. Proto se v sedmdesátých letech začal současně podávat benserazid a karbidopa, které se projevíly jako účinné v potlačování vedlejších účinků při medikaci levodopou. Medikamenty kombinující levodopu s těmito látkami se užívají až do současnosti. Ještě nebyl nalezen žádný jiný lék, který by tyto preparáty překonal. Důležitým mezníkem ve zkoumání vzniku Parkinsonovy choroby je objev

účinků látky zvané metylfenyltetrahydropyridin. Tato látka způsobuje příznaky velmi podobné příznakům Parkinsonovy choroby a ukazuje na jednu z možných příčin onemocnění (Roth, et al 2009, s. 14).

V současnosti pokračuje intenzivní výzkum primárních příčin vzniku Parkinsonovy choroby. Do léčebné praxe přešla z výzkumu již mnohá nová léčiva i nové techniky neurochirurgické léčby. Stále je zkoumána problematika použití kmenových buněk. Díky pokroku neurogenetického výzkumu jsou objevována stále nová fakta o této chorobě. Vědce však trápí základní, doposud nezodpovězená otázka, netuší proč, z jakého důvodu Parkinsonova choroba vzniká. Stále ještě neznají, co je prvotním momentem, který odstartuje proces, na jehož konci je zánik buněk produkujících dopamin v mozku člověka (Roth, et al 2009, s. 14).

1.5.2 Výskyt nemoci

Docent Roth uvádí, že prevalence Parkinsonovy choroby v Evropě se pohybuje mezi 84 až 187 nemocnými na 100 000 obyvatel. U osob starších šedesáti let je prevalence tohoto onemocnění daleko vyšší, postihuje více než jedno procento této populace. Jedná se o přibližné odhady s ohledem na to, že i v současnosti dochází k diagnostickým omylům, a to zejména v ranných stádiích onemocnění, kdy ještě příznaky nejsou zcela specifické. Výskyt Parkinsonovy choroby je celosvětový. Nezanedbatelná je skutečnost, že nemocných s touto chorobou v posledních padesáti letech přibývá. Není ovšem zcela jasné, zda za tento jev může zlepšení diagnostiky nebo prodloužení průměrného věku populace. Genderově tato choroba postihuje více muže, rozdíl je ale minimální. K rozvoji nemoci dochází obvykle ve středním věku, objevuje se však i dříve nebo i později (Roth, et al 2009, s. 15).

1.5.3 Vznik nemoci a dědičné vlivy

Parkinsonova choroba vzniká na podkladě nadměrného odumírání buněk černého jádra, které je uloženo ve středním mozku. Buňky v tomto jádru mají za úkol produkovat dopamin. Chybějící dopamin narušuje správnou regulaci činnosti bazálních ganglií, v důsledku toho dochází ke vzniku onemocnění. Dodnes nejsou bohužel objasněny příčiny toho, proč dochází k odumírání těchto nervových buněk. Na tomto místě je nutné podrobněji popsat vlastnosti látky nazvané metylfenyltetrahydropyridin. Tato látka je přítomna v mnoha chemických produktech od umělých hnojiv až po průmyslové zplodiny. Sama o sobě nepůsobí jako jed,

ale v metabolismu mozku, kam se dostává krevní cestou, se přeměňuje ve vlastní účinnou jedovatou látku a poškozuje tak buňky produkující dopamin. Existuje hypotéza, dle které Parkinsonova choroba přichází ze zevního prostředí. Přesvědčivé důkazy však chybí (Roth, et al 2009, s. 24).

Stále častějším tématem na lékařských sympóziích je role a význam dědičnosti při vzniku Parkinsonovy choroby. Výsledky studií však nejsou zcela jednoznačné, spíše svědčí proti možnosti, že by Parkinsonova choroba byla přenášena pouze jedním změněným genem. Vznikla tudíž představa polygenního přenosu, to znamená, že ke vzniku nemoci je zapotřebí více změněných genů současně a pravděpodobně ještě za spoluúčasti zvláštního vlivu ze zevního prostředí. Další skutečností, která zpochybňuje vznik nemoci na podkladě jednoho změněného genu, je u všech pacientů pouze vzácně se vyskytující výrazné nakupení výskytu nemoci v rodinách. To vypovídá o nedědičném charakteru této choroby. Asi před dvaceti lety byly však objeveny konkrétní změny v konkrétních genech, mutace. Vznik nemoci je zřejmě podmíněn určitým chorobným procesem, konkrétní cestou chemických změn v mozku (Roth, et al 2009, s. 23).

1.5.4 Příznaky nemoci

Počáteční příznaky pacientů trpících Parkinsonovou chorobou bývají necharakteristické. Mohou jimi býti bolesti ramen, zad, pocity tíže končetin, ztráta výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónní hlas, snížení sexuální výkonnosti, zhoršení písma, deprese. Tyto příznaky jsou značně nespecifické a provázejí i mnohá jiná onemocnění. Většinou tedy lékaře nevedou ke stanovení správné diagnózy. Až po několika měsících se objevují čtyři základní příznaky onemocnění. Těmi jsou třes, svalová ztuhlost, celková zpomalenost a chudost pohybů, poruchy stoje a chůze. Tyto příznaky se však nemusí projevovat u všech pacientů stejně. Během vývoje onemocnění se může měnit charakter a míra obtíží a to v závislosti na účinnosti léčby a na rozvoji nemoci (Roth, et al 2009, s. 25).

■ Třes (tremor)

Jedná se o klasický, charakteristický a nejčastější příznak Parkinsonovy choroby. Třes je ale nespecifickým příznakem i řady dalších onemocnění. U malého procenta

pacientů s Parkinsonovou chorobou se dokonce třes nemusí vyskytnout vůbec. Třes typický pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou má několik specifických vlastností. Postihuje především končetiny, hlava je třesem postižena minimálně. Objevuje se však třes brady. Zřídka se objevuje symetrický třes na obou končetinách. Počátek třesu bývá na prstech horních končetin, a to jednostranně. Poté se šíří na stejnostrannou dolní končetinu, následně přechází na druhou stranu těla, ale nemusí to být pravidlem. Frekvence třesu je pomalá. Třes je převážně klidového charakteru. Vyhrocenými emocemi se třes obvykle zdůrazňuje, naopak mizí ve spánku a zmírňuje se při duševním klidu (Roth, et al 2009, s. 25).

■ Svalová ztuhlost (rigidita)

Rigidita se projevuje abnormálním zvýšením běžného svalového napětí, které je nutné k udržení zpřímeného postoje a zároveň k provedení pohybu. Ztuhlý sval klade při činnosti zvýšený odpor. Někteří pacienti přirovnávají tento odpor k pohybům, které člověk činí v hluboké vodě. I tento příznak vzniká zpravidla jednostranně. V ranných fázích onemocnění bývá svalová ztuhlost příčinou bolesti při pocitu napětí v ramenech či zádech. V důsledku ztuhlosti totiž často dochází k šetření určité svalové skupiny a tím k přetížení jiných svalů. Stává se pak, že pacient napadá na jednu končetinu, může mít pocit přeželelého krku. Dovést pohyb až do krajní polohy je značně obtížné. Právě příznak svalové ztuhlosti dovede nejčastěji pacienta k lékaři. Tento projev je těžko snesitelný zejména pro psychiku pacienta. Přesný mechanismus vzniku rigidity znám není (Roth, et al 2009, s. 27).

■ Zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybu

Tyto projevy nejsou závislé na míře svalové ztuhlosti. Projevují se ztrátou nebo snížením schopnosti především začít pohyb. I automatické pohyby, ty které jsou vykonávány denně, jsou omezeny nebo sníženy. Obecně je spontánnost pohybů zpomalená, nevýrazná. To je patrné i na mimice obličeje, tiché monotónní řeči a málo častém mrkání. Pacienti uvádějí, že velmi těžce snášejí stav, kdy přešlapují na místě a nemohou se rozejít dopředu. Velmi nepříjemné jsou také freezingy, kterými nazýváme tzv. „zamrznutí pohybu“, neboli náhlé „strnutí a ztuhnutí“. Jsou to

okamžiky, kdy pacient není schopen jakéhokoliv pohybu. Při spánku se pacienti potýkají s problémem přetočení se ze strany na stranu. Nemožnost otáčet se při spánku zatěžuje psychiku velmi silně, v důsledku toho prakticky znemožňuje normální průběh spánku. Postupem času se přidávají problémy s oblékáním, zavazováním tkaniček, čištěním zubů, při stolování. Opět, mechanismy vedoucí k těmto obtížím, nejsou dokonale známy (Roth, et al 2009, s. 28).

■ Poruchy stoje a chůze

Tyto příznaky obecně velmi komplikují život pacientů. Charakteristické je především sehnuté držení trupu, šije a pokrčení končetin. U pacientů s progredující chorobou je typická chůze s drobnými, šouravými kroky a nejistými, pomalými otočkami. Může docházet i k poruchám rovnováhy, bohužel i k pádům. Nemocného může blokovat zúžený prostor, fyzická překážka, malá místnost nebo místnost plná předmětů. V přírodě se pacientům chodí mnohem lépe. K náhlým zárazům pohybů však může docházet kdykoli a to i bez zjevného důvodu. Chůze po rovině je pro pacienty obtížnější, než chůze po schodech. Důvodem toho může být rytmus. Při chůzi do schodů pacient snadněji navodí rytmus chůze. Velké procento pacientů uvádí, že při chůzi či stoji mají pocit vychylování těžiště těla. V důsledku toho může pacient ztratit rovnováhu a upadnout. Tento příznak je nazýván v odborné literatuře pulzí. Ovšem ne všechny pády lze u pacientů s Parkinsonovou chorobou vysvětlit pulzemi. Jednou z příčin může být i to, že pacienti často nezvedají nohy dostatečně vysoko. K pádům může docházet také vlivem medikace, která může navodit pokles krevního tlaku (Roth, et al 2009, s. 29).

Existuje však i celá řada dalších příznaků často se vyskytujících u osob s Parkinsonovou chorobou. Mezi ně jsou zařazeny:

■ Maskovitý obličej

Jedná se o nedostatečně vyjádřené pocity ve výrazu tváře. To je způsobeno tím, že mimické svalstvo dobře nefunguje a výsledkem je zpravidla nepřítomný výraz

obličej, působící až dojmem apatie či pocitem nedostatečné reakce na okolí (Roth, et al 2009, s. 30).

■ **Porucha řeči**

Dysartrie se vyskytuje u většiny nemocných Parkinsonovou chorobou. Projevuje se zejména ztišením hlasu a nedostatečnou melodičností. Postižena je i rychlost řeči, od zpomalení až po zrychlený tok drmolivé řeči, který vede k naprosté nesrozumitelnosti mluveného slova. Stává se, že u nemocných dojde k náhlému zárazu řeči, může docházet i k opakování posledních slov nebo i celých vět (Roth, et al 2009, s. 30).

Osoba s Parkinsonovou chorobou by měla mít dostatek času na slovní vyjádření. K logopedické prevenci případných poruch by měla patřit i dechová gymnastika. Konverzace by měla probíhat v tichém a klidném prostředí. Doporučuje se též nacvičovat mluvní projev před zrcadlem (Schwarz 2008, s. 44).

■ **Porucha písma**

Tento jev je pro osoby s Parkinsonovou chorobou typický. Odborná literatura hovoří o mikrografii, neboli o zmenšování písma. V praxi se tento jev v určitých situacích může stát problémem. Nemocní hovoří zejména o komplikaci při podepisování se v bankách podle podpisového vzoru (Roth, et al 2009, s. 30).

■ **Neklid dolních končetin**

Objevuje se zejména při usínání. Někteří nemocní tento příznak popisují jako neklid nutící člověka do pohybu. V případě, že je intenzita výrazná, nemocný nemůže spát. Nepříjemné pocity nutí nemocného do sprchování dolních končetin studenou vodou (Roth, et al 2009, s. 30).

■ Poruchy vegetativního nervstva

Nemocní mívají výrazný sklon k zácpě, sklon k náhlým poklesům krevního tlaku, nadměrné tvorbě mazu kůže, zejména na obličeji. U některých nemocných se projevují potíže s močením, velmi časté jsou i poruchy spánku, které jsou způsobeny vlivem mnoha faktorů (Roth, et al 2009, s. 30).

■ Psychické problémy

Jsou velmi častým problémem u nemocných s Parkinsonovou chorobou. Objevují se již ve velmi časných fázích onemocnění. Jedná se především o deprese a k nim se pojící pocity beznaděje, úzkosti, podceňování se a viny. Úskalí těchto potíží je v tom, že rodinní příslušníci často shledávají na nemocném patologii v prožívání, ale nerozpoznají charakter a stupeň závažnosti projevu. V extrémních případech vede neléčená deprese k sebevražedným pokusům nebo k sebevraždě dokonané. Někdy se u nemocných může projevovat porucha orientace v prostoru i poruchy paměti (Roth, et al 2009, s. 30).

1.5.5 Léčba Parkinsonovy choroby

Parkinsonovu chorobu v současnosti nelze zcela vyléčit. Její příznaky je však možno dlouhodobě a účinně potlačovat. K nejúčinnějším postupům při léčbě patří kombinace užívání léků s dalšími postupy. Nedílnou součástí léčby pacienta jsou režimová opatření, cvičení a pohybová reedukace. Za určitých okolností lze využít i léčby neurochirurgické. Pro každého pacienta je důležité, jaký postoj si k onemocnění a k jeho léčbě vytvoří. Není vhodné, aby pacient pasivně spoléhal jen na pomoc lékaře a účinky léků. Důležitou se jeví vlastní vůle k pravidelnému pohybu, cvičení, aktivnímu překonávání potíží, hledání náhradních způsobů řešení. Velkou chybou je, že je podceňován vliv rodiny a blízkých přátel, neboť ti mohou v ideálním případě nemocnému pomáhat překonávat překážky. Bez podpory rodiny je léčba velmi obtížná (Roth, et al 2009, s. 43).

1.5.6 Přehled medikamentů určených k léčbě Parkinsonovy choroby

Existuje určité dělení látek, které jsou využívány k léčbě Parkinsonovy choroby. Mezi ně patří:

- Léky základní, které mají za úkol nahradit chybějící dopamin. Jsou to levodopa a agonisté dopaminu.
- Léky přídatné mají za úkol měnit metabolismus levodopy a dopaminu, působí také na jiné systémy nervových přenašečů.
- Léky pomocné mají za úkol ovlivnit, lépe neutralizovat vedlejší příznaky a komplikace. Do této skupiny patří antidepressiva, domperidon, anxiolytika, sedativa, hypnotika, atypická neuroleptika.

Levodopa

Levodopa je přirozená látka, ze které běžně v těle člověka vzniká dopamin. Jedná se o obecně bezpečný a dobře snášený lék, podmínkou je však dodržování doporučeného způsobu dávkování. Levodopa stále zůstává základním lékem při léčbě Parkinsonovy choroby, její úloha je klíčová. Léčba Parkinsonovy choroby přímo dopaminem nemůže být uskutečněna z několika důvodů. Především proto, že dopamin sám o sobě nemá schopnost proniknout z krevního řečiště do mozku. Naopak velmi účinně působí přímo v krevním oběhu, ovlivňuje činnost srdce i krevní tlak. Této vlastnosti se však využívá u jiných onemocnění. Paradoxně u Parkinsonovy choroby jsou tyto účinky na oběhový systém přímo nežádoucí. Levodopa je látka přirozená, jejíž enzymatickou přeměnou vzniká v těle člověka dopamin. Dokáže potlačit některé z příznaků, zejména pak zpomalenost, omezení pohybu, svalovou ztuhlost a třes (Roth, et al 2009, s. 46).

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíl, předpoklady, základní průzkumné otázky

Cílem praktické části je popsat problematiku osob se zdravotním postižením. Konkrétním cílem je pak zjistit a popsat vliv hudby na zlepšení kvality života osob trpících Parkinsonovou chorobou, kterou řadíme do kategorie „zdravotní postižení“.

Vzhledem k potížím osob trpících tímto zdravotním postižením je práce primárně orientována na zlepšení motorických funkcí nemocných trpících Parkinsonovou chorobou, klientů, a na schopnost samostatně provádět hudební aktivity, sekundárně pak na prožívání jedince a jeho psychosociální aktivitu. Na počátku hudebně reedukační práce s klienty byl proto sledován především vliv hudby na motorické funkce.

Pro účely šetření byly stanoveny průzkumné otázky. Základní otázka zní, jaký vliv má hudba na osoby se zdravotním postižením, v tomto případě s Parkinsonovou chorobou? Dále bylo nutné zjistit, zda je klient ochoten pracovat na hudebních zadáních za účelem zlepšení motoriky jako jediné linii aktivit, v čem se jeví jeho potřeba mít doprovázejícího muzikoterapeuta a v neposlední řadě, je-li problematika klienta komplexní nebo zaměřená pouze na zkvalitnění motorických symptomů.

Pro účely šetření byly stanoveny také předpoklady. Předpokladem je, že hudba má kladný vliv na osoby se zdravotním postižením. Dalším předpokladem je, že hudba může do určité míry zkvalitnit život osob se zdravotním postižením.

2.2 Použité metody a postupy

Výběr použitých metod přímo souvisí s povahou průzkumu, která je smíšená a uplatňují se jak kvalitativní, tak kvantitativní postupy. V empirické části práce je popsána muzikoterapeutická práce se skupinou osob se zdravotním postižením. Autorka práce byla členem týmu, který vedl skupinu osob trpících Parkinsonovou chorobou po dobu deseti měsíců a současně sledovala a doprovázela v rámci nácviku hudebních aktivit jednoho vybraného klienta

individuálně, doprovázela a podporovala jeho muzikoterapeutické aktivity i v jeho domácím prostředí. Proto, aby zvolené metody postihovaly celou problematiku, objevují se jak kvalitativní metody, tak i kvantitativní postupy, které jsou včleněny především jako postupy potvrzující objektivitu jiným způsobem, než kvalitativní přístupy. Je použita metoda případové ilustrace, která sleduje jednoho klienta. Dále jsou použity metody škálování, analýza a syntéza. Muzikoterapeutická práce a individuální podpora, v tomto případě se jedná o hudební činnosti, které z velké části probíhaly v domácím prostředí s telefonickou podporou klienta autorkou práce v pozici edukačního muzikoterapeuta, resp. hudebního reedukátora, byla zaznamenávána pomocí vedení zápisků a občasným videozáznamem. Ten poskytoval materiál, dle kterého bylo možné zpětně hodnotit nejen kvalitu motoriky, ale i ostatních projevů. Hudební činnosti byly stanovovány v rámci práce celé skupiny, vhodné hudební postupy byly nacházeny v součinnosti s klienty. Postupy byly v průběhu celé práce konzultovány s lékařem a s muzikoterapeutem jako supervizory celé práce.

Během práce ve skupině byla uplatňována především metoda pozorování, rozhovoru, psychosociální podpory a individuální a skupinové edukační muzikoterapie. Setkávání skupiny probíhalo v pravidelných intervalech, vždy po čtrnácti dnech, s konečným počtem pěti klientů. Práce všech studentů v pozici muzikoterapeutů byla zpočátku zaměřena na volbu metod a technik, jež uváděla ve své muzikoterapeutické práci L. Čapková, lékařka, která aplikovala muzikoterapii na osoby trpící Parkinsonovou chorobou dlouhodobě s vynikajícími výsledky. Zjištění prezentovala na své přednášce v Praze v lednu 2011 a tím dala podnět i k této muzikoterapeutické práci. Stanovení individuálních muzikoterapeutických hudebních domácích aktivit je považováno za metodu expresivní a podobně i techniky a metody ve skupinové muzikoterapii.

2.3 Popis zkoumaného vzorku

V úterý 15. 2. 2011 se poprvé uskutečnilo setkání studentek Technické univerzity (muzikoterapeutů, resp. hudebních reedukátorů) v Liberci s osobami se zdravotním postižením, konkrétně s Parkinsonovou chorobou. Vše proběhlo v rámci projektu Technické univerzity, vedoucími tohoto projektu byly docentka Ilona Pešatová a magistra Jitka

Pejřimovská. Setkávání se uskutečňovala v Praze. Autorka práce pracovala individuálně s jedním klientem, ale současně se podílela i na vedení celé skupiny.

Sledovaná skupina se ustálila na počtu pěti členů. Na počátku, kdy edukační formy muzikoterapie byly klientům nabídnuty, vyslovilo zájem devět až deset členů klubu Parkinson. Někteří členové skupiny odmítli účast na pravidelných setkáváních po zjištění nároků na ně kladených. Jedna žena se přestala účastnit setkávání s odůvodněním časové zaneprázdněnosti, dále nepokračovala žena, která odmítla pravidelné schůzky opět s odůvodněním časové zaneprázdněnosti s ohledem na prodej nemovitosti, jiný muž nepokračoval v muzikoterapeutických setkáních ze zdravotních důvodů, neboť urpěl úraz.

2.4 Obraz klienta

Tato kapitola podrobně popisuje potíže klientky Anny, se kterou autorka pracovala. Jedná se o potíže motorické i non-motorické. Tyto příznaky jsou popsány obecněji též v teoretické části práce.

Z etického hlediska sledovaná klientka písemně souhlasila s uvedením této studie pod podmínkou, že její osobní data a veškeré další údaje budou pozměněny tak, aby nebyla v práci identifikovatelná.

Motorické funkce jsou u pacientů s Parkinsonovou chorobou narušeny poměrně významně. Z tohoto důvodu byla prvotním záměrem práce s klienty podpora motorických funkcí pomocí hudební recepce a produkce, též způsob vedení a podpory klienta v jeho samostatnosti a domácím plnění hudebních aktivit.

Motorické symptomy klienta jsou jednou z nejdůležitějších rovin, kterou je nutné sledovat v tomto muzikoterapeutickém projektu. Defekt motoriky může pravděpodobně vznikat i na základě negativních psychických zážitků a traumatizujících událostí. Hudební aktivizace, kromě jiného, má význam vnějšího stimulu pro aktivaci pohybů. Hudební stimulace podporuje zdravou funkci centrální nervové soustavy a nervové soustavy. Ovlivňuje ji tím způsobem, že hudební podněty představují stimuly, které skutečně působí na schopnost

pohybu a prožívání. Vnější podnět se stává pro motorický výkon u nemocných Parkinsonovou chorobou významnější, než podnět vnitřně generovaný.

U Anny se první příznaky Parkinsonovy choroby projevily velmi brzy, v patnácti letech věku, diagnózu jí lékaři potvrdili až ve dvaceti letech. U Anny se jedná o juvenilní typ Parkinsonovy choroby. Mezi největší obtíže, které jí choroba působí, řadí Anna potíže v oblasti psychiky. Stěžuje si na častou lítostivou až depresivní náladu. Zhoršil se stav jejího pohybového aparátu, někdy mívá potíže s rovnováhou, se stabilitou celkově a svalovou ztuhlostí.

Při jedné z pravidelných schůzek bylo patrné, že po prožitém emočním traumatu měla Anna větší problémy se stabilitou a přepadávala vzad. Zátěžová životní situace s významným negativním emočním dopadem, nelehké životní období negativně ovlivnily nejen psychické prožívání, ale i biochemismus mozku a především produkci dopaminu. Dá se předpokládat, že deficit dopaminu negativně ovlivňuje jak motorické činnosti, tak emoční ladění. V té době paní Anna sděluje: Cituji: „...*mám teď dost deprese ze všech svých starostí*“.

Motorické symptomy nejsou u Anny vedoucími příznaky choroby, i když jsou subjektivně velmi nepříjemné a sužující. Klientka má stále živou mimiku, adekvátně funkční je i motorika mluvidel, výslovnost je zřetelná. Podobně i hudební projevy řeči jsou zachovány. Klientka využívá řeč v oblasti umělecké recitace. Díky vhodně zvolené medikaci netrpí samovolnými pohyby, její chůze je plynulá. Anna je v současné době stále soběstačná a velmi vitální. Pravidelně dochází ke svému neurologovi, je velmi vyváženě medikována.

U Anny se objevuje třes typický pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou v mírné formě. V psychicky podmíněném stresu se objevují momenty synkinezí, strnutí trupu a šíje, pulze, pohybová blokáda, freezing i festinace. Poruchy řeči nejsou v Annině případě výrazné. Klientka ale trpí poruchami spánku. Její kognitivní schopnosti se pohybují nad nouveau, ovšem vysoká kombinační schopnost někdy ztěžuje percepci reality. Klientka má nadání paprskovitě se rozvíjející do všech oblastí umění, je senzitivní a emočně vnímavou, emoční odezva a prožívání dominují. V náročných životních situacích se stává, že klientčino rozhodování a myšlení je „zkresleno“ subjektivními pocity, v důsledku toho mohou být její reakce neadekvátní. Jindy je emoční spontaneita zbržděná kombinačním myšlením. Klientka je vysoce inteligentní žena, která se nachází v období sénia. Situace denního života prožívá

emočně angažovaně, ale současně je její prožívání ovlivněno negativními emocemi vztahujícími se k anticipaci budoucnosti. Její depresivní ladění ovlivňuje i touhu vytvářet vazby na druhou osobu, která by představovala objektivně i subjektivně reálnou oporu v osamocení a bezmoci při ztrátě soběstačnosti vlivem případné progresy nemoci. Klientka má snahu se „zajistit“ až „zabezpečit“ před riziky budoucnosti. Současně žije aktivním a emočně i umělecky naplněným životem. Přesto jí ale Parkinsonova choroba přináší neustálé prožitky pocitů ohrožení. Její potíže jsou více akcentovány v non-motorické oblasti.

2.4.1 Vznik programu individuálních muzikoterapeutických hudebních domácích aktivit

Autorka práce vycházela zpočátku z muzikoterapeutických postupů, které uvedla v lednové přednášce ze své praxe doktorka Ludmila Čapková. Seznámila studenty se zkušenostmi, které získala v kooperaci s klientem, lékařem a muzikoterapeutem. Byla iniciátorem zapojení dalších muzikoterapeutů do akce.

Po tomto vstupu do významu muzikoterapie u nemocných s Parkinsonovou chorobou navazovala vlastní práce týmu studentů s klienty ve skupinách a v domácím prostředí. Úkolem v prvním období bylo zjištění specifických potřeb klientů s ohledem na hudební aktivity tak, aby jim hudební aktivity přinášely úlevu. Rozsah symptomů u klientů ve skupině byl značný, podobně i rozsah prováděných aktivit. Ty byly v jejich detailu velmi rozvrstvené, u každého klienta zvlášť, během dne s ohledem na životní události, roční období a počasí, a s ohledem na další běžné životní změny. Individuální potřeby klienta vedly k vytvoření specifických hudebních aktivit. Skupina se setkávala každých čtrnáct dnů po dobu přibližně deseti měsíců, v rozmezí od patnácté do osmnácté hodiny. Autorka práce vedla domácí kooperaci s klientkou a zaznamenávala ji do dokumentace. Tak vznikaly a formovaly se individuální muzikoterapeutické hudební aktivity prováděné doma a návyk je samostatně provádět. Doktorka Čapková nazývá pracovně tyto aktivity „hudebním jídelníčkem“, představují individuální muzikoterapeutickou aktivitu prováděnou v domácím prostředí a aktivity ve skupině. Individuální muzikoterapeutická hudební aktivita i práce ve skupině se skládá ze dvou složek, z aktivit primárně zaměřených na motoriku a aktivit výrazových. U sledované klientky se hudební aktivity profilyovaly hned od počátku do tanečně hudebního výrazového tance a představovaly u ní aktivitu, kterou si ona sama spontánně našla a denně provozovala zcela samostatně. Výrazový tanec u ní zcela dominoval nad potřebou aktivit

primárně motorických. To nejspíše souvisí s jejím uměleckým nadáním, jejím estetickým zaměřením, její senzitivní emoční vnímavostí a s typem Parkinsonovy choroby. Tyto všechny zmíněné postupy je možné podřadit muzikoterapeutické expresivní metodě.

2.4.2 Kazuistika

Tato práce pojednává o paní Anně. Anna je jednou z těch „dam“, u nichž si nikdo netroufne, snad ani v duchu, odhadovat věk. Této energické ženě je totiž rovných osmdesát let.

Anna bydlí ve velkém městě, v centru, v činžovním domě bez výtahu. Velkým problémem je pro ni skutečnost, že bydlí v pátém patře. Vzhledem k pohybovým obtížím, jež jsou důsledkem hlavně Parkinsonovy choroby, je pro ni potíž chodit každý den, někdy i vícekrát denně, s nákupem do schodů. Anna by ráda bydlela v nižším patře, stále uvažuje o výměně bytu. Bohužel, zatím se žádný vhodný byt, který by vyhovoval jejím požadavkům, nepodařilo nalézt.

Annina celoživotní vitalita je obdivuhodná. Anna je doslova závislá na hudbě. Má ráda různé hudební žánry, miluje poezii, kterou také sama veřejně přednáší. Mezi její oblíbené autory a interprety patří mimo jiné i její kolega Karel, jehož verše ráda recituje a poslouchá jeho hudbu. Má ráda české i francouzské šansony. Říká, že „nenávidí“ komerci a vadí jí, že někteří umělci se komerci „zaprodali“.

Sama paní Anna se nazvala „celoživotní rebelkou“, což je velmi výstižné. Rebelství a určitá touha vzpoutat se zaběhlým konvencím a maloměšťáctví je patrná z každého jejího slova, z výrazu tváře i gest. Je nutné chápat její osobnost v kontextu celého jejího životního postoje a celkového přístupu k životu. Je výrazně umělecky založená. Umění ji ovlivňuje a provází celým jejím životem. Anna má velmi „mladou duši“, to je cítit při každém rozhovoru s ní. Duši, která byla nucena přivyknout mnohému, ale nikdy a ničím se nenechala zlomit. Paní Anna, je jako „strom“, který do sebe celý život vstřebával všechny vůně, zážitky, dotyky, pocity, prožitky a do každého letokruhu jsou vepsány radosti i strasti jejího života. Její životní příběh je natolik zajímavý a jedinečný, že je pro každou vnímavou osobu inspirací a tématem k zamyšlení se. A samozřejmě i velkou touhou poznat Annu blíže.

Pro nevšední osobní historii této klientky je nutné nyní uvést alespoň několik faktů z jejího života. Je nutné podotknout, že veškeré zde uvedené informace jsou získané na základě písemné korespondence s ní a jsou modifikovány tak, aby znečitělovaly její identifikaci.

Anna pochází ze zámožné, dost vážené, obecně oblíbené židovské rodiny. Její matka měla šest bratrů, všichni byli vysokoškolsky vzdělaní. Matka se stala ve městě v němž žila, první absolventkou obchodní akademie s maturitou, vystudovala s vyznamenáním, otec měl středoškolské vzdělání a výrazné umělecké nadání. Cituji z dopisu paní Anny: „...*moji bratři se se mnou dost chlubili, zahrnovali mě dárky i dary a hodně mě navykli na pozornosti a ohleduplné chování. Můj otec v tom pokračoval. Měl rovněž obchodní akademii, ale udělal si i aranžérskou školu, krásně kreslil, hrál výborně na housle, oba s mámou litali po koncertech, chodili každý týden do divadla, kupovali spoustu knih, obrazů atd. Milovali se a stačili si. Já jsem byla jaksi navíc a cítila jsem to, zvláště z mamčiny strany. Otec mě měl nekomplikovaně rád, ale toho mého divného vztahu s matkou si jaksi nevšiml, ona byla dokonalá ve všem a nepocíťoval ani v nejmenším, že je jiná, když on je doma a jiná, když není. Situaci zachraňovala Růža, naše pomocnice v domácnosti, mateřská, laskavá, zblázněná do dětí. Mou matku ctíla a milovala, protože se jí ujala když jí bylo nejhůř. Milovala jsem babičku a dědečka, byla jsem tam denně, taky u tety Olgy, která měla dvě dcery o rok a o dva starší než já. Pak se narodil Pavlík, naše živá, rozmazlovaná panenka“.*

Je patrné, že v židovské rodině, žijící v radosti židovských zvyklostí a v srdečných vztazích s dalšími příbuznými, prožívala Anna mnoho událostí, které ji utvářely ve vzdělaného a lidsky citlivého člověka. Ona cítila, že být člověkem znamená být něčím velmi cenným. Poněkud komplikovanější vztah k matce byl částečně vyvážen bohatými a vřelými vztahy k ostatním členům širší rodiny. Ovšem do života klientky vstupilo, tak jako do života celé její rodiny, trauma, pokoření všeho, co je možné nazvat lidstvem – nacismus. Válka změnila všechno, velká část její rodiny nepřežila. Cituji: „...*služebná Růža mně zachránila život, zařídila mi přes svého pastora ukrývání u sedláka - něco přes dva roky. Jenže to byla pro mě samovazba - dítě mezi devátým a desátým rokem, jídlo a výměna kýblu se splašky v noci, přes den v posteli, komora byla ledová i v létě. Byly v ní uloženy potraviny, peřiny pro hosty, plátno atd., proto nebylo divné, že si ji selka zamyká“.* Anna tak vystřídala jako úkryt tři statky a jednu chaloupku na samotě v kopci, kam nikdo nepřišel, takže asi tři měsíce, co tam byla, žila jako člen rodiny. Cituji: „...*staré služce, jediné, která tam s nimi žila, protože na čeládku byli*

chudí, dřeli vše sami, jedině té služce mohli věřit. Jenže situace se prohrani na frontě přiosťovala, musela jsem pryč. Dalším místem pobytu bylo infekční oddělení jedné nemocnice s primářem v čele. Ležela jsem na záškrtně, protože jsem záškrtn už měla, dostala jsem navíc poslední protizáškrtnovou injekci kterou měli, ale stejně jsem onemocněla. Revoluci jsem uvítala těžce nemocná s následky záškrtnu - nebyly léky - měla jsem zánět srdečního svalu a srdečních blan a obrnu očních nervů“.

Po skončení hrůzné války Anna po prázdninách složila zkoušku, která sestávala z krátkého přezkoušení učiteli měšťanské školy a nastoupila do sekundy gymnázia. První rok měla co dělat, aby si zvykla na soustavnou práci a kážeň a doplnila mezery, od terciie už patřila k "elitě" a byla ve škole raději než doma. Cituji: „...matka se vrátila z koncentračního tábora těžce nemocná a nervově zhroucená, nedalo se s ní vydržet, ani když se uzdravila. Otec šel s těžkou anginou pectoris do plného invalidního důchodu už ve 42 letech. Potřeboval klid, dal se na rybaření, celé dny trávil u řeky, v zimě hodně četl. Matka chodila na ryby s ním, četla si tam, doma byl klid, ale byla jsem pořád sama. Psa, kterého mi otec koupil, dala máti pryč. Neměli se spolu rádi“.

V sextě Anna přestoupila na Pedagogické gymnázium, obor pro vzdělávání učitelů škol národních, aby splnila matčin požadavek, že musí mít civilní povolání. Anna ale chtěla studovat na DAMU. Zkoušky úspěšně složila, byla přijata. Studia úspěšně dokončila, vystudovala Pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy, obor čeština, poté vystudovala dramaturgii a divadelní režii, dálkově, přes tehdejší Ústřední dům lidové tvořivosti. Získala absolutorium po pětiletém studiu na DAMU jako dramaturg a režisér a potvrzení o absolvování pěti semestrů uměleckého přednesu. Studium však nebylo jednoduché. Cituji: „...ale tehdejší ministerstvo školství mi udělalo svinstvo, kterým mi pěkně zkomplikovalo život. Ministerstvo školství nemělo tenkrát kantory, tak nám, kteří jsme regulérně vykonali zkoušky, protože jsme šli z učitelského povolání, zadržlo studium na vysoké škole uměleckého směru a předalo naše papíry na pedagogickou fakultu Univerzity Karlovy. Tak jsem se vlastně seznámila s Ládou Smoljakem, absolvovali jsme školu ve stejném roce, on matematiku, fyziku a já češtinu. Po celou dobu toho vnuceného studia jsme oba každý semestr zjišťovali, zda-li už je možné odejít, ale... Nakonec jsme stejně oba dost krkolomně, ale přece jen to divadlo dělali, on alespoň bez větších politických průšvihů“.

Jako politicky nespolehlivá měla Anna zákaz učit i pracovat v divadle, takže deset let pracovala jako pomocná dělnice, pak získala povolení učit na ménětřídce, a potom pracovala jako vychovatelka v internátě. Poté byla donucena přejít do družiny a odtamtud se dostala do školy, kde po opětovém složení státnic a obhajobě diplomové práce mohla konečně učit na třetím stupni. Cituji: *“...divadlo jsem díky odvážným kolegům dělala načerno jako host pod cizími jmény a bylo to putování od jednoho divadla do druhého (tak to teď přibližně dělají ti, kteří jsou na volné noze, jenže se nemusí skrývat se svou totožností), někdy jsem hrála, jindy jako asistent režie režiovala. Známa psychiatricka mi psávala na tu dobu neschopenky, protože na ty nechodily kontroly“.*

Do velkého města přišla Anna po rozvodu, před necelými čtyřiceti lety. Zde našla konečně mnohem větší profesní uplatnění. Anna má jednu dceru, která žije v USA, v současné době však uvažuje o návratu zpět do České republiky. Jiné příbuzné nemá, většina z nich se stala obětmi genocidy v době druhé světové války. Po šestnáctiletém manželství se musela rozvést pro agresivitu manžela podmíněnou psychiatrickým onemocněním.

Cituji: *“...politicky to za moc nestálo, odposlechy, věčné tahání k výsledkům, ale dcera aspoň zatím měla klid, chodila na gympl a byla po této stránce spokojená. Objevily se u ní ale příznaky nemoci, které mě znepokojily, léčí se, ale... Zdělala zřejmě otcovu psychickou chorobu, o které nám před svatbou nikdo neřekl, nebyli bychom měli děti, kdybychom to věděli. Teď se chce vrátit domů, sháním pro ni byt, jsou s tím potíže. Sama rovněž potřebuji z toho pátého patra pryč, jak to všechno dopadne, nevím“.*

Jak je patrné z osobní historie klientky, prožila jako dítě tragické události, které poznamenávají celé generace a další nelehké životní události a těžkosti. Problémy se ještě více kumulovaly i po ukončení války. Je nutné připomenout, že v době skončení války bylo klientce patnáct let a Parkinsonovou chorobou onemocněla ve svých dvaceti letech.

2.4.3 Současný stav

Anna je v současné době aktivní členkou Parkinson klubu, podílí se velkou měrou na organizování různých akcí v rámci tohoto klubu. Práce ji baví, naplňuje. Anna je vůdčí typ,

extrovertní, ráda je středem pozornosti, často se, dle jejích slov „obětuje pro druhé“. Je velmi nadaná a inteligentní, má silnou vnitřní disciplínu. Chová se velmi noblesně, „žensky“.

Má však i své druhé „já“. Má-li osobní problém, o určitých věcech se nevyjadřuje, to se týká především záležitostí, které se jí úzce vnitřně dotýkají a je pro ni těžké je prožívat. Někdy u ní nastává rozpor mezi city prožívanými a vyjádřenými, dochází k určité inkongruenci, tedy dochází k rozporu mezi vnímanými prožitky a následně ke zkreslenému vnímání svého „já“. „...čím nižší je míra kongruence, tím více lze předpokládat určité potíže v percepce světa i sebe“ (Rogers 2003, s. 129). Anna se však snaží v rámci zachování vyrovnaného vnitřního prostředí dávat své emoce najevo, chce-li, umí je vyjádřit. Reflektuje, že je třeba emoce prožívat a uvědomuje si význam kongruence, takže právě v tom smyslu využívá své hudebně taneční kreativity. Hudby a tance využívá ke svému sebevyjádření, které zpětně posiluje sebereflexi a reflexi druhých a světa. Často jí k vyjádření emocí slouží kromě jiného i divadlo, přesněji úryvky ze známých divadelních představení, zejména klasiků, jako je například William Shakespeare. Ráda cituje pasáže z jejich děl. Ona sama dokonce pořádá čas od času vystoupení, na kterých recituje verše, a nutno podotknout, že se vždy po skončení programu setkává s velkým uznáním z řad diváků.

Trápení však přece jen nechává v sobě, ukrytá před světem. Bojí se nepochopení, bojí se, že nebude nikdo, kdo by jí naslouchal. A bojí se lidské zrady, hluboko uvnitř její duše je zakořeněný strach z pomíjivosti lidských citů přesto, že ona sama věří v lásku, věří v dobré lidi, věří v lidství. Totéž také očekává od druhých osob, ale zkušenost degradace lidství v rasistické, nacistické doktríně je zážitkem, který nese ohrožující obsah, úzkost a strach.

Anna měla velmi těžký život, velmi dramaticky prožila druhou světovou válku, ztratila v ní téměř celou rodinu. Ale ani po válce, jak je patrné z jejího životopisu, neměla život jednoduchý. Po celý svůj život se „prala“ nejen sama za sebe, ale i za druhé. Celý život bojovala střídavě s nespravedlností, byrokracií, sobectvím a hlavně s lidským nepochopením, nenávistí a závistí. Právě nepochopení ze strany druhých lidí, a to i lidí nejbližších, je její momentálně asi největší starostí. Téma matky, kdy nebyl v dětství vytvořen vřelý vztah, je tématem podprahově přítomným. Anna má velký strach z toho, že zůstane sama. Sama na všechno, že zůstane závislá na neznámých lidech, kteří ji nepochopí. Bojí se bezmoci,

naprosté odevzdanosti, obává se péče necitlivých lidí, obává se té doby, kdy bude odkázána výhradně na pomoc druhých osob.

2.4.4 Spontánní využití hudby

Tato žena a její aktivity samy o sobě poukazují na velký význam hudby a pohybu v životě nemocných. Paní Anna je denně hudebně a tanečně aktivní, a to již šedesát let, a proto zde bude popsán modul jejích hudebně-pohybových aktivit v režimu dne.

Ráno

Anna vstává brzy ráno, podle toho, jak se momentálně cítí a jak se jí chce. Bývá to kolem páté až šesté hodiny ranní. Celá ranní hudebně-taneční činnost jí trvá přibližně jednu a půl hodiny.

Poslech a pohybová aktivita

Každé ráno poslouchá Anna reprodukovanou hudbu z přehrávače. Zvuk japonské flétny je jejím nejoblíbenějším zvukem. Při tomto poslechu se zaměřuje na protažení a procvičení rukou, poslouchá se zavřenýma očima, upevňuje si tak stabilitu celého těla. Anna se snaží v rámci dosažení dobré stabilizace těla při tomto cvičení jen o malý rozsah pohybů.

Jako další využívá pro poslech a hudební aktivitu album skupiny Beatles – „*Please, please me*“, na albu jsou rychlé i pomalé skladby, střídání rytmů Anně vyhovuje. Anna po celou dobu přehrávání tohoto alba tančí, podle potřeby odpočívá.

Zde je nutné zmínit, že Anna tanci věnuje přibližně čtyři hodiny denně.

Následuje ranní sprcha.

Podoba všedního dne

Anna volí hudbu dle své momentální nálady, kterou bývá radost, smutek, únava. Anna zdůrazňuje, že chce-li změnit činnost, poslouchá hudbu a tančí na ni, aby dle svých slov „...*zmírnila tu mizérii a vytančila ji ze sebe*“. Anna s oblibou tančí na hudbu skupiny Beatles

a Aerosmith. Pro poslech využívá zejména skladby písničkářů Vladimíra Mertvy a Jana Buriana, u této hudby leží, odpočívá, přemýšlí, v průběhu dne pak dle potřeby opět relaxuje. K tomu opět využívá zvuku japonské flétny. Hudba je pro Annu, dle jejích slov, nedílnou součástí jejího života, někdy hudbu jen poslouchá, někdy na ni tančí a snaží se rozhýbat celé tělo. To je vždy závislé na její náladě, zdravotním stavu a na celkovém momentálním stavu mysli a těla. Klientka si v rámci práce na projektu, který byl podkladem pro tuto bakalářskou práci zapisovala prožitky a poznatky ze svých individuálních muzikoterapeutických hudebních aktivit a z denních událostí do deníku.

Zde jsou některé z Anniných autentických zápisků:

„...neděle, tuším. Probuzení v půl čtvrté. Nemá cenu ležet. Cíl: rychlý, pružný, přesný pohyb. S tím pak i stlaní atd. Nudný stereotyp“.

„...v půl čtvrté snídám. V pět flétna vsedě půl hodiny, vstojí další půl hodina. Zavřené oči bez závratí“.

„...v šest hodin prášky, žen-šeňová trest'. Pak hodinu a čtvrt poslouchám Beatles. Potím se, cítím únavu a bolest. Nepadám. Sedám a procvičuji krční páteř - bolí nejvíc a s ní i hlava“.

„...v půl osmé, přede mnou nákup, bankomat, sepsat co sebou na výlet na chatu, koupit dárky. Prakticky to znamená sprcha, pokud už teče teplá, oblékání, nejhorší je pět pater. Sedím a sbírám odvalu“.

„...ve čtvrt na deset jsem dokonale „OFF“. Zpátky se mi vrací bolest hlavy, vazů, ramen. Pouštím si oblíbenou skladbu od Aerosmith. Hlava přestává bolet. Při opakování tančím“.

„...vypadávám z rytmu, zrychluji proti originálu. Rychle vždy srovnám, ale... To tu ještě nikdy nebylo“.

„...končím, únava a bolavé tělo trvají, zkusím zaspát. Dnes už jen odpočinkové věci, poslech, trochu tanec, četba atd. Neudělám nic, budu ráda, když se zbavím bolesti“.

„...budu měnit léčbu, jdu pro recept na retardovaný Mirap, abych ho dlabala jen ráno a ne každé 4 hodiny“.

Vytvoření individuálních muzikoterapeutických hudebních aktivit pro konkrétního jedince je vždy časově náročné. Individuální muzikoterapeutické hudební aktivity byly stanovovány pro potřeby této klientky v její součinnosti s muzikoterapeutem a lékařem.

2.4.5 Emoční úroveň klienta

Emoční úroveň je velmi náročná na vzhled do obtíží a chvil spokojenosti ve všedním dni člověka s Parkinsonovou chorobou. Je třeba sledovat artikulaci a algoritmy pohybů, umět rozlišit zárazy v pohybu, jejich vybočení z kontroly a narušení jejich koordinace, synchronizace a rovnováhy. Emoční ladění klientů, jejich úzkosti a obavy jsou, jak je patrné z jejich vyjádření, velmi důležitým faktorem pro stavbu individuálních muzikoterapeutických hudebních aktivit u nemocných s Parkinsonovou chorobou. Vytvoření hudebních aktivit klienta znamená určitý proces a znamená i určitou variabilitu, proměnlivost, ať už menšího či zásadního obsahu individuálních muzikoterapeutických hudebních aktivit.

Pro Annu je poslech hudby prostředkem k sebevyjádření se. Prostřednictvím hudby dokáže vyjádřit své emoce. Umělecký prožitek spojený s hudbou a tancem je pro klientku každodenní realitou. Pomocí hudby Anna aktivuje práci nervové soustavy, nebo navozuje relaxaci a útlumové procesy centrální nervové soustavy. Díky pravidelnému poslechu hudby dokáže Anna vyvážit další procesy fyziologické a psychické. Hudbu si Anna vybírá sama. To je ideální varianta, sama se tak aktivně zapojuje do procesu a dokáže zvolit žánr vhodný jejímu aktuálnímu stavu. Poslouchá ji s každodenní pravidelností. Sama si uvědomuje, že hudba je pro ni nejen zábavou, ale i životní nutností.

2.4.6 Motorická úroveň klienta

Praktickým cílem hudebních aktivit je především udržování a podpora motoriky. Hudba podporuje i produkci dopaminu, jehož hladina je u osob s Parkinsonovou chorobou mnohem nižší než u zdravého člověka. Dopamin podporuje pozitivní naladění psychiky, funguje jako antidepressivum. Na jeho produkci je závislá celá psychika. Záměrem je proto udržet v těle stabilní hladinu dopaminu a endorfinů.

Zde je poznatek z jednoho z prvních setkání: Anna po celou dobu co hrála hudba tančila, s výjimkou pár okamžiků, kdy se necítila dobře po zdravotní stránce a kdy jí tanec působil bolest. Anna byla na každém setkání jedním z nejaktivnějších a nejvíce tvůrčích členů celé skupiny, užívala si tanec a užívala si též pozornost a následná slova uznání od všech zúčastněných. Žít „mezi lidmi a pro „ně“ je pro ni příznačné. Kvalita pohybu při tanci je u ní daleko dokonalejší než při pohybu nehudebním.

2.5 Tvorba skupiny

Zcela první setkání studentek s nemocnými se neslo pro všechny v překvapivě přijímající a aktivní atmosféře i přes zřejmé počáteční rozpaky. Každé další setkání bylo pro obě strany stále příjemnější. Setkání od setkání rostla vzájemná důvěra mezi klienty a muzikoterapeuty, resp. hudebními reedukátory, což se samozřejmě kladně projevilo na jejich spolupráci a hlavně na celkovém výsledku celého projektu.

Je dobré zmínit, že stejnou měrou, s jakou se muzikoterapeuté na setkání těšili, tak se ho na druhou stranu i obávali, nikdy neměli možnost setkat se s takto postiženými osobami. Do jisté míry se částečně obávali svých reakcí, báli se přehnané lítosti, báli se, že nebudou schopni nalézt si cestu k těmto lidem. Skutečnost však byla jiná. Nelitovali své účasti na projektu a nelitovali ani nikoho ze zúčastněných nemocných. Brzy pochopili, že lítost není ten pravý cit, který tito lidé potřebují. Všichni klienti zasluhují obdiv a respekt za to, jakým způsobem se postavili ke své chorobě, za to, jakým způsobem s ní bojují a jak se všichni snaží žít plnohodnotným životem.

Všichni zúčastnění byli projektem nadšeni od prvních chvil a jejich nadšení se první osobní návštěvou ještě prohloubilo. Muzikoterapeuté od tohoto projektu očekávali, že se setkají se zajímavými lidskými osudy, se zajímavými lidmi, kterým pak budou moci v budoucnu pomáhat zkvalitňovat jejich životy prostřednictvím hudby. Již při prvním setkání se naprosto přirozeně utvořily pracovní dvojice, či trojice.

Původním záměrem celého projektu bylo stanovit klientům odpovídající aktivitu vázanou na hudbu. V této atmosféře se odvíjely individuální příběhy a osudy jednotlivců, klientů, kteří tvořili skupinu. Skupina byla supervidována, aby se vyvarovala chyb. Velmi záhy vznikla

skupina, která se uměla sama ze své vnitřní kultury utvářet. Na jejím utváření měla velmi významný podíl i klientka Anna, podporovaná a doprovázená ve svých muzikoterapeutických aktivitách autorkou práce.

2.5.1 Anna ve skupině

Anna byla jednou z nejaktivnějších členek skupiny, znala dobře všechny její členy. Byla vůdčí a organizační typ, byla ráda, že je ve středu dění a byla ochotná pro skupinu pracovat. Annu pojí silné pouto s dalším členem skupiny, Karlem. Oba, Karel i Anna, jsou velmi silné osobnosti. Karel vnitřně velmi trpí důsledky své choroby, která ovlivňuje jeho život čím dál víc. Špatně se s touto situací vyrovnává, často se uzavírá sám do sebe a bojuje uvnitř sebe s každodenními starostmi. Samota, pocit opuštěnosti a nepochopení je to, co jej momentálně nejvíce trápí. Karlovi činí značný problém přiznat sám sobě vlastní chybu, jen velmi nerad přiznává, že by se mohl zmýlit. Depresivní ladění, impulsivita a emoční rezonance až agresivita a emoční nestabilita jsou však potíže, které patří k symptomům Parkinsonovy choroby.

Karel je zároveň velmi citlivý a vnímavý a ví o svých chybách. Jako forma autoterapie mu slouží kromě verbálního vyjádření se, zejména písemný projev, respektive vyjádření svých pocitů a myšlenek v grafické podobě. Dokáže si tak tímto způsobem urovnat své myšlenky. To se v jeho případě jeví jako výborný psychohygienický úkon. To, co Karel není schopen verbalizovat, ať už z jakéhokoli důvodu, dokáže mistrně vyjádřit graficky, tříbí si tím způsobem své myšlenky. Karlovo pojetí muzikoterapie je zcela odlišné od pojetí Anny. Nejen tento fakt způsobil částečné rozštěpení skupiny.

Karel s Annou jsou dobrými přáteli, v jistém životním období si byli i partnery nejbližšími. Našli jeden druhého, velmi si spolu rozuměli. Pomáhali si, měli společné zájmy, koníčky, životní názory i „nemoc“. Jeden pro druhého moc znamenal, dokázali spolu v partnerském životě najít ztracenou životní rovnováhu. V jistém okamžiku se jejich cesty začaly pomalu rozcházet. Každý z nich začal od druhého očekávat něco jiného. Anna chtěla vidět v Karlovi stále svého životního partnera a Karel Annu vnímal spíše jako oporu, kterou vyhledával ve chvílích, kdy mu bylo nejhůř. To Anna z pochopitelných důvodů přestala tolerovat. Karel

přestal do vybudovaného vztahu investovat a ten se postupně měnil. Anna ztratila v jeho životě roli partnerky.

Anna je velmi silná žena, avšak se ztrátou Karla, jako člověka blízkého, se vyrovnává velmi těžko prakticky dodnes. Je však velmi hrdá a disciplinovaná, než aby se s trápením svěřila celé skupině. Spřízněnou duši našla ve svém muzikoterapeutovi, který jí rád ochotně naslouchal.

Vnitřní střet mezi Karlem a Annou částečně ovlivnil a narušil fungování celé skupiny. Objevila se Karlova tendence separovat se v rámci skupiny a vytvořit si vlastní sekci, kterou by vedl on sám. Tento střet se v součinnosti s muzikoterapeuty podařilo v rámci skupiny vyřešit. Karel s Annou jsou však neustále v metaopozici.

Moment tohoto nesouladu zachycený grafy, ovlivnil poměrně velmi značně práci reedukátora, muzikoterapeuta, autorku práce, která tuto situaci řadí mezi nejvyhrocenější okamžiky v dění celé skupiny a jako kruciólní moment. Reedukátor zde nemohl být zcela empatický a musel nastavit reálnou hranici, což k vyřešení situace napomohlo.

V současnosti, po deseti měsících práce, jsou vztahy ve skupině na velmi přátelské úrovni. Muzikoterapeuté jsou si velmi blízcí se svými klienty.

2.5.2 Jednotlivci ve skupině

V této kapitole jsou krátce popsány charakteristiky jednotlivých členů skupiny, jejich projevy a potřeby jsou vyjádřeny sumárně v grafech, které zachycují tři linie. Linii psychosociálních potřeb, linii motorickou a linii samostatnosti. Tyto tři linie jsou vyjádřeny škálováním v tabulce a grafech. Postup škálování byl vytvořen celým týmem, tzn. reedukátory i supervizory.

Hodnotící škála pro oblast motorických symptomů byla vytvořena porovnáním motorických symptomů mezi jednotlivými členy skupiny a na základě tohoto pozorování byly stanoveny počáteční body vyjadřující manifestaci motorických symptomů u jednotlivých členů skupiny. Výkyvy u jednotlivce v čase jsou pak směrem k bodu 5 či 1 hodnoceny pomocí ratingové metody (Skopal, 2007, s. 49). Výkyv nad 5 znamená takovou manifestaci příznaků,

že klient sledované skupiny není natolik mobilní, aby se dostavil na skupinu. Výkyv pod bod 1,5 znamená jedince bez přítomnosti symptomů.

Pro rychlejší orientaci je u jednotlivých grafů popis škál připomenut tabulkou „hodnotící škály“ u každého jednoho grafu.

Hodnotící škála pro oblast psychosociální podpory vystihuje vlastní podporu psychosociálního uspokojení klienta, kterou pomocí grafické posuzovací škály studenti dle svých pozorování a zápisků zaznamenávali pomocí číselných údajů následujícím způsobem: škála od 3 do 5 znázorňuje míru potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá, ale doposud nemá zkušenost s tím, že skupina je jistícím psychosociálním prostorem k uspokojování psychosociálních potřeb. Bodové hodnocení od 3 do 1 znázorňuje míru vlastní potřeby psychosociálního uspokojení klienta, kterou klient vnímá a zároveň má zkušenost, že skupina je jistícím psychosociálním prostředím (směr k bodu 1 znamená vyšší míru této zkušenosti).

Oblast samostatnosti klienta je zaznamenána pomocí Likertovy škály (Skopal 2007, s. 50), v níž je uvedena míra samostatnosti klienta takto:

1 – naprosto nesamostatný, 2 – nesamostatný, 3 – ani nesamostatný, ani samostatný, 4 – samostatný, 5 – velmi samostatný.

Klient Miloš

Miloš je takřka sedmdesátník. Jeho aktivita je však obdivuhodná, účastnil se téměř všech setkání, která se konala. Působil jako zklidňující článek celé skupiny. Byl velmi vstřícný, rád druhým činil radost, obdarovával je drobnými dary, které většinou sám vytvořil. Počátek propuknutí Parkinsonovy choroby se v jeho případě projevil kolem šedesátého roku jeho věku. V té době měl těžké zdravotní komplikace. Mezi hlavní příznaky Milošovy nemoci patří především třes a mimovolní pohyby. Ty jsou v Milošově případě hlavním důvodem k medikaci léky. Medikován je již osm let. Miloš trpí záškuby, křečemi, nedobrovolnými, někdy intenzivními pohyby svalů, nad nimiž ztrácí kontrolu. Mimovolní výrazné pohyby se projevují na horních i dolních končetinách. Dochází tak k dyskinezi pohybů celého těla. Řeč

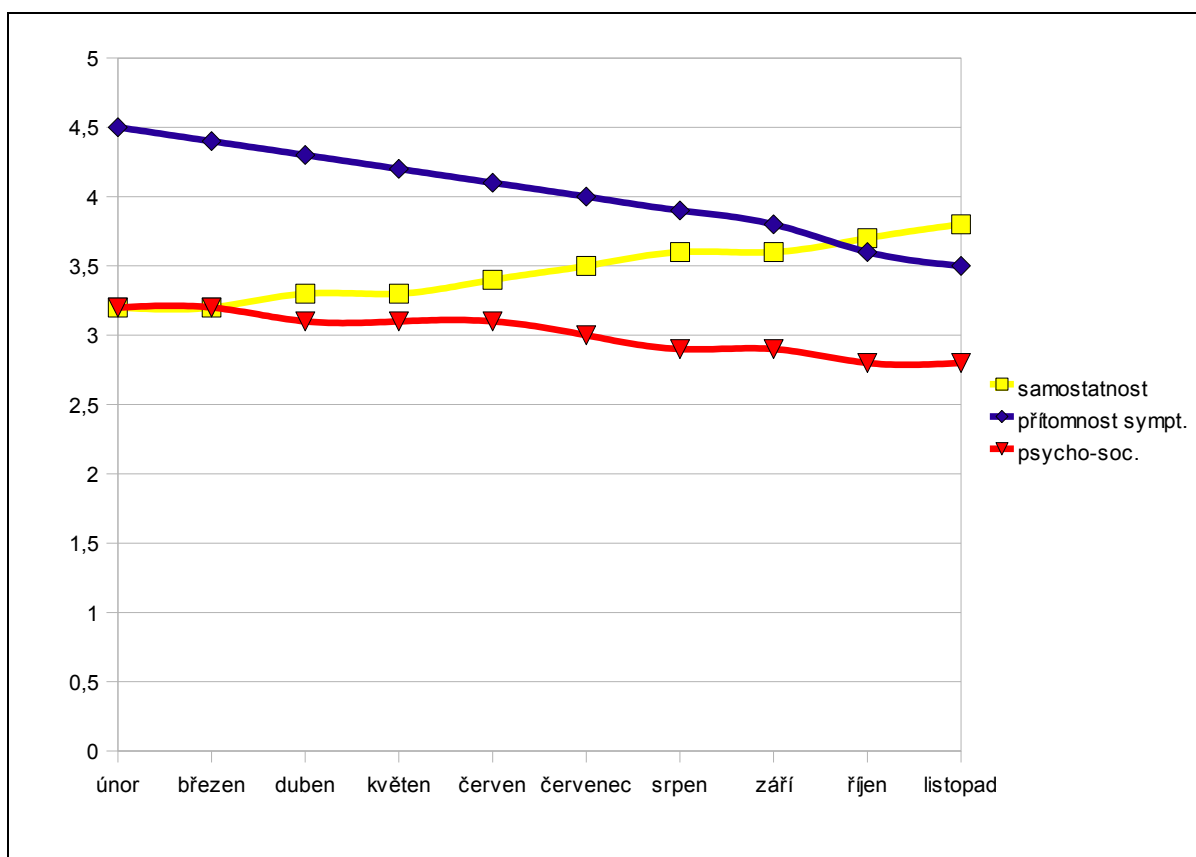
a mimika je též vážněji narušena, svalové pohyby jsou pomalé nebo neúplné, hlasový projev je někdy tichý, někdy uspěchaný nebo váhavý. Sledovaný klient se snaží tyto nedostatky minimalizovat logopedickým cvičením, které absolvuje jednou týdně. Miloš se pokaždé, když se účastnil setkání, aktivně zapojoval do činnosti celé skupiny. Dle jeho vyjádření mu hudební aktivity pomohly i po stránce psychické, pomohly mu nalézt částečně ztracenou sebejistotu, zvýšit sebevědomí, upravila se srozumitelnost jeho řeči.

Tabulka č. 1: Klient Miloš – hodnocení sledovaných linií v průběhu deseti měsíců

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	4,5	4,4	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	3,6	3,5
psycho-soc.	3,2	3,2	3,1	3,1	3,1	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8
samostatnost	3,2	3,2	3,3	3,3	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7	3,8

Tabulka č. 2: Klient Miloš – hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf č. 1: Klient Miloš – sledované linie v průběhu deseti měsíců

Klientka Ema

Ema, která je další členkou skupiny, pochází z hudební rodiny. Nejen z tohoto důvodu měla k hudebním aktivitám velmi vřelý vztah. Ve skupině se projevovala přátelsky a empaticky. Do muzikoterapeutických aktivit se zapojovala se zájmem a vždy byla přítomna dění ve skupině. Mezi vedoucí symptomy klientčiny nemoci patří svalová ztuhlost, zpomalenost, chudost a omezení rozsahu pohybů. Ema je ve věku přibližně sedmdesát let. Ema zpočátku působila velmi submisivně. Postupně se však začala více svěřovat se svými starostmi, více se otevírala, uměla se zároveň o skupinu „emočně opřít“ a naopak velmi citlivě poskytovala emoční podporu ostatním členům skupiny, byla velmi citlivá a vnímavá.

I u této klientky je možné nalézt zlom, kdy jakoby náhle začala vnímat psychosociální, podpůrný význam skupiny. Motorické symptomy, jako je ztuhlost a omezení rozsahu pohybu, během hudebních aktivit u Emy postupně částečně mizely. Zlepšení motorických symptomů bylo především vidět při kontrole pohybů rukou, která byla prováděna při každém setkání

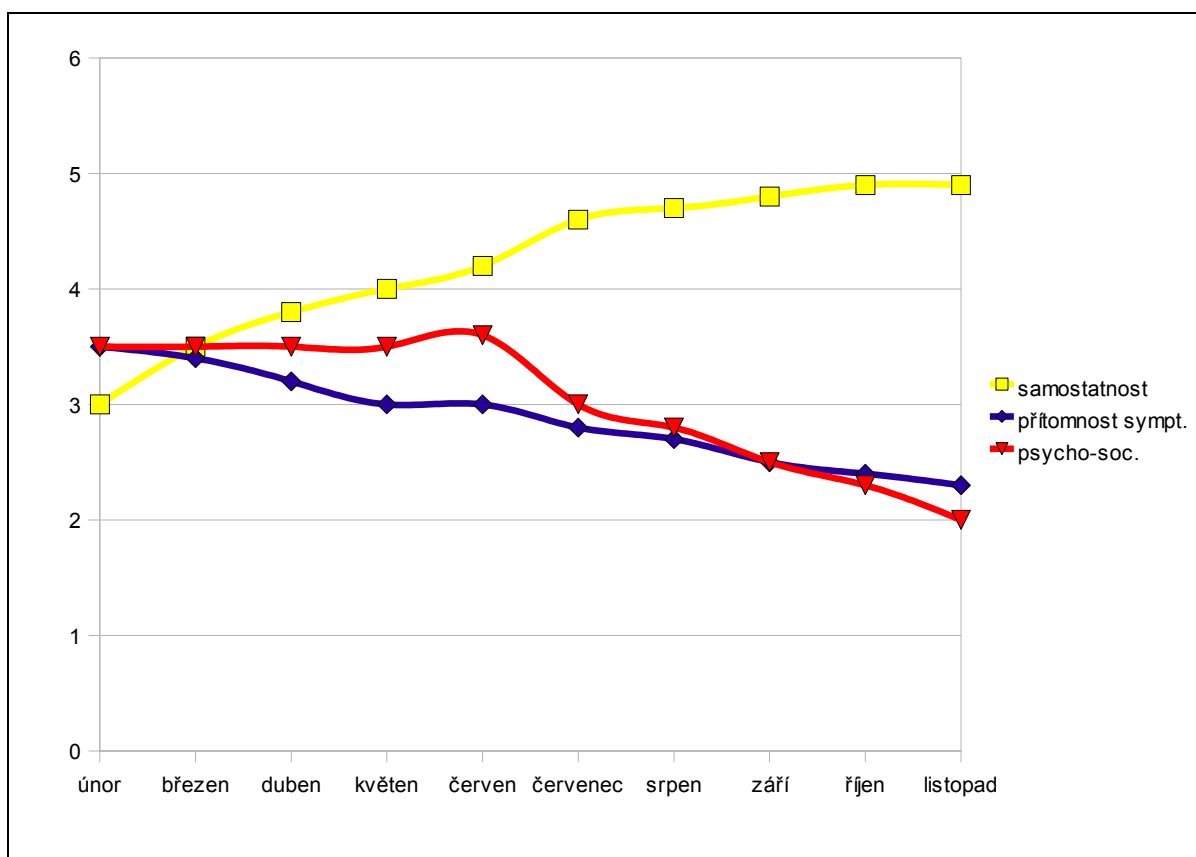
skupiny. Snímány byly především tyto pohyby: rozvírání ruky, klapání prsty, střídavé pohyby rukou, kdy jedna ruka prováděla „zobáček“ a druhá kroužila zápěstím, opis ležaté osmičky. Vyšetření se provádělo pro každou ruku zvlášť. Samostatnost klientky mírně, ale setrvale rostla, zatímco se se svými psychosociálními potřebami uvědoměle opírala o skupinu. Ema měla a má výborné rodinné zázemí i tato skutečnost jistě nemalou měrou přispívá k mírnějšímu průběhu onemocnění. Emina vitalita a životní nadsled jsou obdivuhodné.

Tabulka č. 3: Klientka Ema – hodnocení sledovaných linií v průběhu deseti měsíců

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	3,5	3,4	3,2	3,0	3,0	2,8	2,7	2,5	2,4	2,3
psycho-soc.	3,5	3,5	3,5	3,5	3,6	3,0	2,8	2,5	2,3	2,0
samostatnost	3,0	3,5	3,8	4,0	4,2	4,6	4,7	4,8	4,9	4,9

Tabulka č. 4: Klientka Ema – hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf č. 2: Klientka Ema – sledované linie v průběhu deseti měsíců

Klientka Jana

Janě je necelých sedmdesát let. Jana je velmi milým, stabilizujícím prvkem celé skupiny, je naprosto bezkonfliktní. Do aktivit se zapojovala pravidelně, vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu však častěji odpočívala. Respektovala hranice svých možností. Jana je spíše introvertem. Zpočátku nebyla zvyklá ventilovat navenek své emoce. Se svým doprovázejícím muzikoterapeutem, resp. reedukátorem, však vytvořila velmi pevnou dvojici. Na každé setkání se těšila. U Jany se projevují dominantní příznaky Parkinsonovy choroby v oblasti pohybové rigidity a bradykineze. Rigidity se u ní projevuje zejména v dolní polovině těla, v důsledku toho dochází ke ztíženému pohybu dolních končetin, obtížné a někdy i znemožněné chůzi. Její držení těla je poznamenáno chorobou, páteř je při stoji i chůzi mírně skloněna vpřed. Výrazně obtížné je udržení stability ve stoji, ale také při chůzi. Janin obličej je hypomimický. Hlas klientky je tichý, nevýrazný a výslovnost setřelá. Jana je velmi oddaná své rodině, ráda také pomáhá, je-li to v jejích možnostech, komukoliv ze svého okolí.

Jana často trpěla rigiditou v oblasti dolních i horních končetin, bývala často značně unavená, měla potíže s dechem, často trpěla subjektivními pocity, že je velmi vyčerpaná. Jana v době, kdy se účastnila projektu, řešila složitou rodinnou situaci. Jednalo se o zdravotní problémy její dcery, a to značně ovlivňovalo její psychiku. V období, kdy se vyrovnávala s velmi obtížnou situací, se vyčerpala natolik, že musela být hospitalizována, nebyla schopna pohybu. Celková zátěž a únava organismu způsobily zhoršení motorických symptomů Parkinsonovy nemoci.

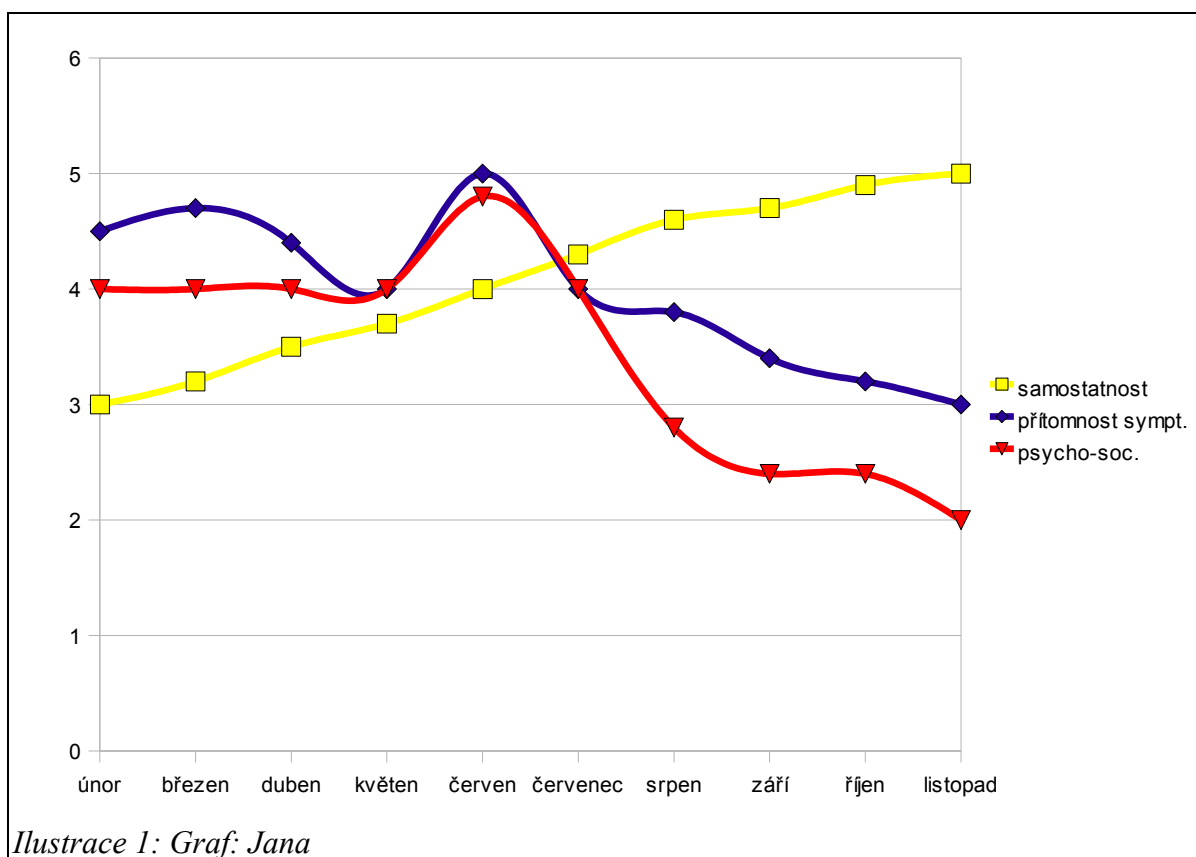
Vlivem edukačních hudebních aktivit se motorika u Jany zlepšila. Její sebevědomí se zvyšovalo, ustupovaly depresivní příznaky a depresivní závislost. Jana si dokázala asertivněji nalézt během dne čas sama na sebe a na své hudební aktivity, byla vždy velmi pečlivá. V důsledku hudebních aktivit se zvýšila její samostatnost a vědomí její svébytnosti.

Tabulka č. 5: Klientka Jana – hodnocení sledovaných linií v průběhu deseti měsíců

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	4,5	4,7	4,4	4,0	5,0	4,0	3,8	3,4	3,2	3,0
psycho-soc.	4,0	4,0	4,0	4,0	4,8	4,0	2,8	2,4	2,4	2,0
samostatnost	3,0	3,2	3,5	3,7	4,0	4,3	4,6	4,7	4,9	5,0

Tabulka č. 6: Klientka Jana – hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf č. 3: Klientka Jana – sledované linie v průběhu deseti měsíců

Klientka Diana

Dianě je přibližně šedesát let, Parkinsonovou nemocí trpí asi deset let. Ona sama spojuje propuknutí Parkinsonovy choroby s výraznou psychickou zátěží, kterou způsobil odchod jejích dětí ze společné domácnosti. V té době žila ve velké nejistotě, strachu o své děti, které najednou neměla na blízku. V současné době se aktivně zúčastňuje a podílí na všech aktivitách Parkinson klubu. Účastní se rehabilitačních pobytů, ráda plave v bazénu, účastní se logopedické intervence. K fyzickým projevům nemoci patří u Diany to, že každé ráno má ztuhlé celé tělo, má velké problémy vstát a rozhýbat se. Diana často pociťuje bolest dolních končetin a má časté zárazy v chůzi. Její chůze je pomalá, ale jistá. Klientka má kulatá záda, stoj je v mírném předklonu. Řeč klientky je zrychlená, dalo by se říci v určitém okamžiku až překotná s patrnými zárazy. V Dianině případě ovlivňuje její zdravotní stav také počasí. Klientka působí ve skupině spíše tichým dojmem, ale je-li vyzvána k aktivitě, ráda se zúčastní. Působí lehce ustrašeným, nervózním a nejistým dojmem. Diana každé ráno začíná venčením pejska, teprve po návratu domů začíná cvičit. Bez pravidelného cvičení je její

pohyblivost velmi omezená. Cvičí na hudbu, kterou aktuálně hrají v rádiu. Klientka je velmi zručná motoricky, je tvořivá, často vyráběla pro celou skupinu přáníčka a drobné dárky z různých materiálů. Na každé setkání se těšila.

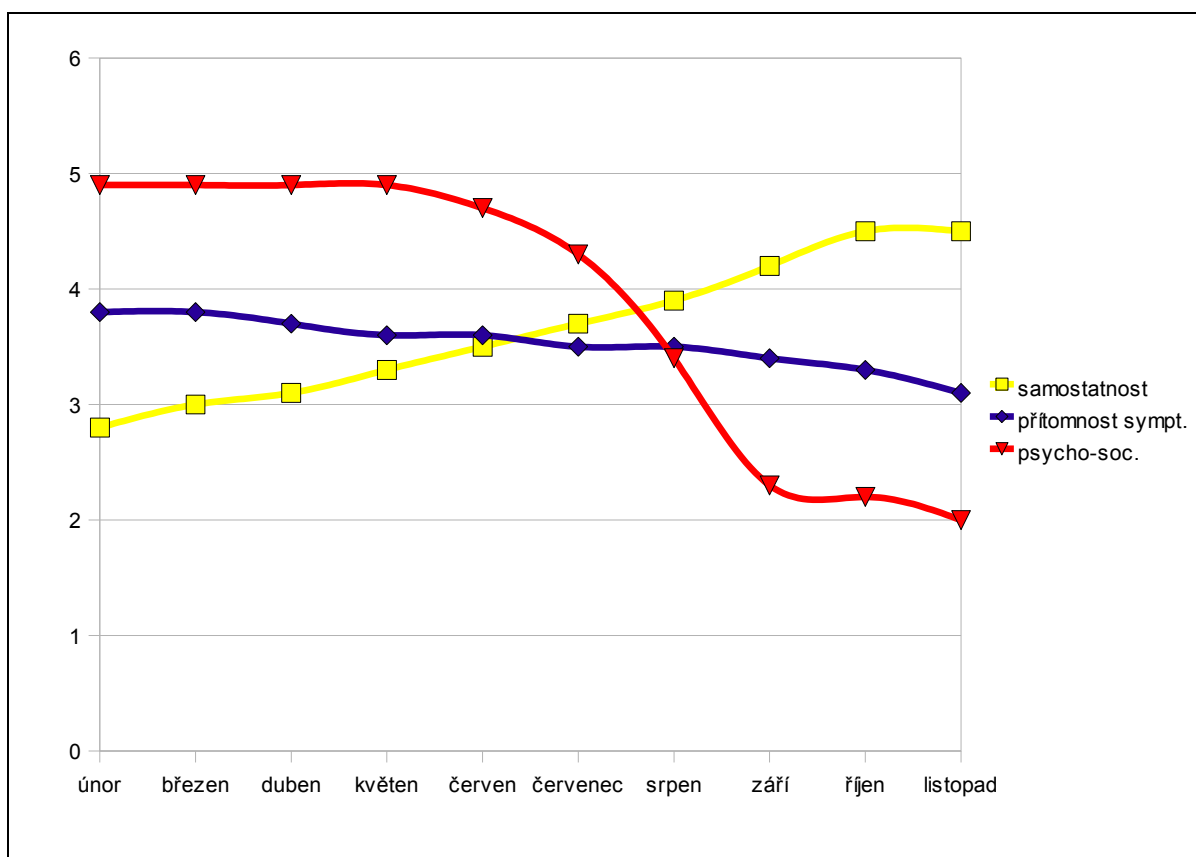
Její obraz ve skupině se postupně měnil. Byla iniciátorem mnohých drobných aktivit, svou svědomitostí podporovala práci ostatních a výrazně se tak upravila jak její jistota v pohybu, tak i srozumitelnost její řeči. Emočně se stala jistější, sebevědomější, kognitivně více schopná organizovat si denní situace a vyrovnávat se i s nepříjemnými zážitky. Původně svazující submise v rodině se proměnila na více samostatnou aktivitu.

Tabulka č. 7: Klientka Diana – hodnocení sledovaných linií v průběhu deseti měsíců

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	3,8	3,8	3,7	3,6	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,1
psycho-soc.	4,9	4,9	4,9	4,9	4,7	4,3	3,4	2,3	2,2	2,0
samostatnost	2,8	3,0	3,1	3,3	3,5	3,7	3,9	4,2	4,5	4,5

Tabulka č. 8: Klientka Diana – hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf č. 4: Klientka Diana – sledované linie v průběhu deseti měsíců

Klientka Anna

Anna byla jednou z neaktivnějších členek skupiny. Velmi aktivně se zapojovala do dění ve skupině. Byla samostatná, uvítala však vřele psychosociální oporu ze strany muzikoterapeuta, se kterým byla ve velmi úzkém kontaktu.

Anna zaznamenala sama na sobě první příznaky Parkinsonovy choroby již v patnácti letech věku, diagnóza jí byla lékařem potvrzena až ve dvaceti letech. Klientka tak většinu svého života žije s touto chorobou. V jejím případě jde o juvenilní typ Parkinsonovy choroby. Největším problémem, kterým trpí v důsledku choroby, je její častá melancholická, až depresivní, lítostivá nálada, plačtivost a dále pak poměrně velké problémy s nespavostí.

U klientky se též objevuje třes typický pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou, i když v mírné formě. V některých situacích vázaných na medikaci, kdy se účinek léku snižuje, a na psychickém vypětí, se objevuje i občasná svalová ztuhlost, akineze a postulární instabilita. V psychickém stresu se také objevují momenty synkinezí, strnutí trupu a šíje,

objevují se pulze, pohybová blokáda, freezing i festinace. Klientka trpí obstipací, úzkostmi, depresemi.

Motorické symptomy nejsou u Anny vedoucími příznaky, i když jsou subjektivně velmi nepříjemné a sužující. Klientka má stále živou mimiku, adekvátně funkční je i motorika mluvidel, výslovnost je zřetelná. Podobně i hudební projevy řeči jsou zachovány, a co víc, klientka umí řeč velmi významně, v oblasti v umělecké recitace, využívat. Díky vhodné medikaci netrpí samovolnými pohyby, její chůze je plynulá. Anna je soběstačná, osobnostně integrovaná a svébytná a na svůj věk velmi vitální. Svým neurologem je pravidelně a velmi vyváženě medikována s ohledem na aktuální stav i progresi onemocnění.

Psychosociální problémy a povaha non-motorických příznaků byla podrobně popsána v kapitole „Obraz klienta“. Zlepšení příznaků je možné pozorovat na úrovni životního stylu, kde se klientka lépe adaptuje na zátěžové situace, v oblasti motorických symptomů umí lépe předcházet nástupu především celkové ztuhlosti a nestabilitě s přepadáváním vzad.

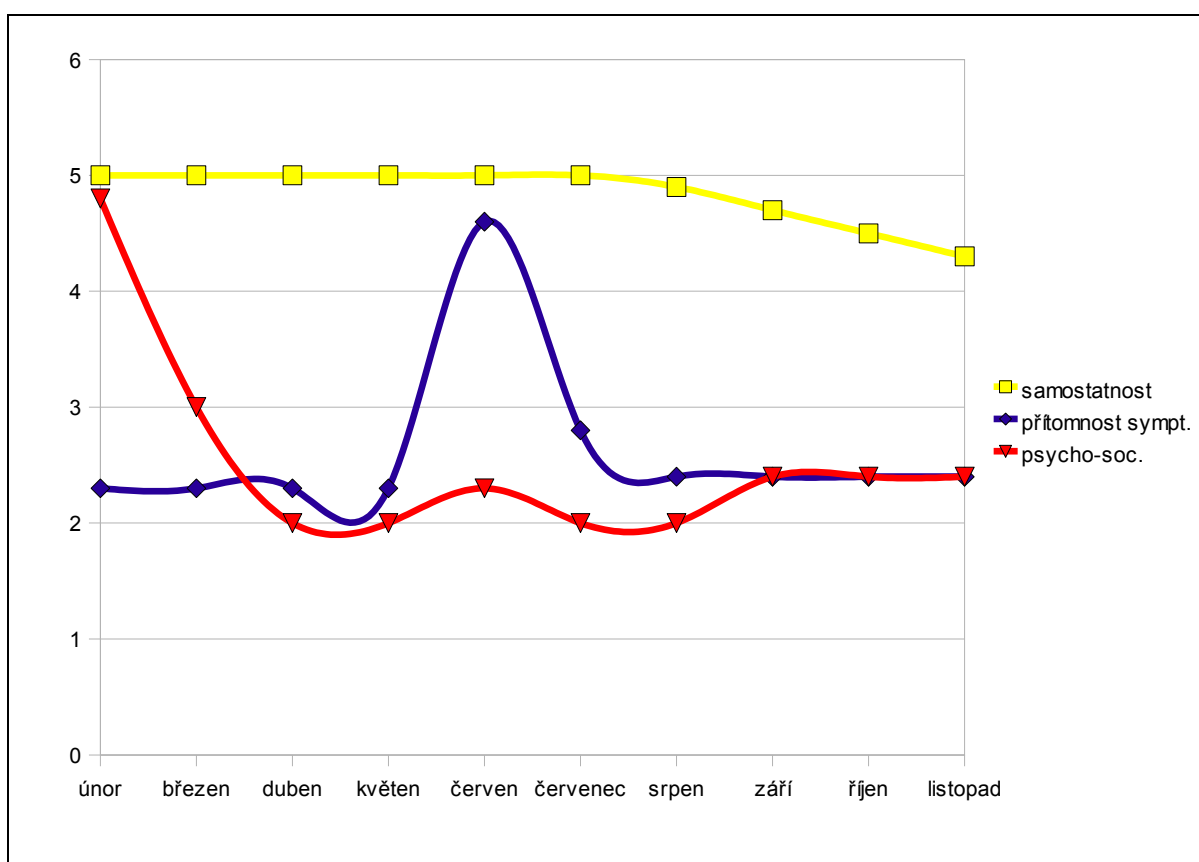
Při každém poslechu hudby u Anny nastupuje vnitřní autentický prožitek, rozvíjí se tím i její kreativita. Kreativita znamená vše, co cítíme při poslechu hudby. Emoční abreakce se dá jednoduše shrnout, znamená to všechno, co hudba Anně přináší. Své hudební aktivity si sestavila sama, proto, jí maximálně vyhovují. Plní je s každodenní pravidelností. Sama ví, že jsou pro ni nejen zábavou, ale i životní nutností.

Tabulka č. 9: Klientka Anna – hodnocení sledovaných linií v průběhu deseti měsíců

hodnocení v čase / měsíc	únor	březen	duben	květen	červen	červenec	srpen	září	říjen	listopad
přítomnost symptomů	2,3	2,3	2,3	2,3	4,6	2,8	2,4	2,4	2,4	2,4
psycho-soc.	4,8	3,0	2,0	2,0	2,3	2,0	2,0	2,4	2,4	2,4
samostatnost	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	4,9	4,7	4,5	4,3

Tabulka č. 10: Klientka Anna – hodnotící škály

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf č. 5: Klientka Anna – sledované linie v průběhu deseti měsíců

2.5.3 Dynamika skupiny

Náladu každého setkání umocňoval ještě více prostor, ve kterém se zúčastnění setkávali. Byl to prostor laskavý, oduševnělý a zároveň kreativní. Na každém jednotlivém setkání se klienti otevírali více a více směrem k intenzivnějšímu a diferencovanějšímu prožívání svých emocí i směrem k vyjádření svých emocí směrem do skupiny. Toto představovalo pro každého určité

riziko výsměchu, opovržení, nepochopení. Studenti v pozici muzikoterapeutů pracovali s klienty pod supervizí zkušenějšího muzikoterapeuta, který část setkání vedl. Muzikoterapeuté se aktivně podíleli na realizaci programu, sami ho zajišťovali a připravovali. Hudebně dramatické aktivity připravovali tak, aby každý z klientů měl možnost volit si program, nabízet svůj vlastní program a také tak, aby forma aktivit byla pro každého natolik schůdná, aby jej emočně netraumatizovala neúspěchem. Klienti se ale přestali po počátečním ostychu obávat svého deklasování a vyjadřovali se a expresivně pracovali i v situacích, kdy jejich drobná selhání byla velmi častá. Klima ve skupině bylo přijímající.

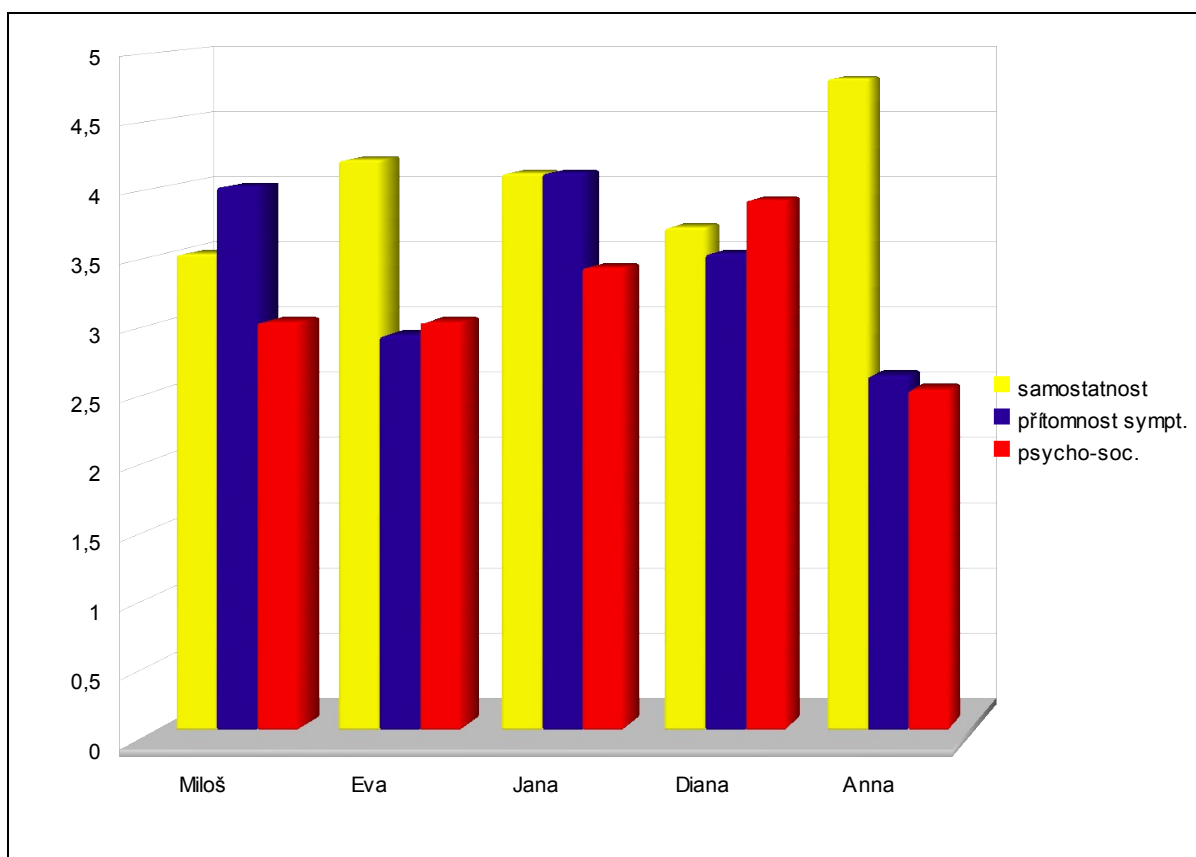
Kvalitu života tak, jak bylo možné pozorovat během deseti měsíční práce, je možno analyzovat a dělit na linii psychosociálních potřeb, linii motorickou a linii samostatnosti. Je velmi zajímavé pozorovat vztah mezi těmito liniemi. První se v časové posloupnosti uplatňuje linie psychosociálních potřeb, druhou linií je zájem o motorické cviky a třetí linie samostatnosti nabývá na významu zejména ke konci deseti měsíční práce. Graf ukazuje průměrné hodnoty naměřené během celé deseti měsíční práce a vykazuje, že právě tyto potřeby byly přítomny u všech klientů, a to více či méně již od počátku práce.

Tabulka č. 11: souhrn průměrných hodnot

	přítomnost symptomů	psycho-soc.	samostatnost
Miloš	4,0	3,0	3,4
Ema	2,9	3,0	4,2
Jana	4,1	3,4	4,1
Diana	3,5	3,9	3,7
Anna	2,6	2,5	4,8

Tabulka č. 12: hodnotící škály pro souhrn průměrných hodnot

hodnotící škála	1	2	3	4	5
přítomnost symptomů	nejnižší		<		nejvyšší
uvědomění psychosociálního významu skupiny	nejvyšší		>		nejnižší
samostatnost	naprosto nesamostatný	nesamostatný	průměr samostatnosti	samostatný	velmi samostatný



Graf č. 6: souhrn průměrných hodnot

Již od prvních setkání ve skupině postupně docházelo k odplavování nejistot. Byla cítit vzájemná empatie, vzájemné porozumění. Všichni zúčastnění přispěli svým otevřeným přístupem k velmi přátelské atmosféře, která vládla na všech setkáních. Je nutné podotknout, že skupinu tvořili povahově různorodí lidé. Z toho důvodu byl program uzpůsoben tak, aby zaujal všechny zúčastněné. Na každém setkání měl každý klient možnost najít si v celém programu to, co se mu líbí, co mu vyhovuje. Jednotný model muzikoterapie si klienti upravovali, objevila se široká škála a mnoho podob aktivit, od percepce hudby, přes relaxaci k prožívání, sebevyjádření a k hudebně tanečním kreacím. Postupně se skupina dopracovala k tomu, že každý z klientů přemýšlel sám o sobě, o svých pocitech, o svých prožitcích, což se stalo velmi významným, odráželo se to hlavně v denících klientů. Každý ze zúčastněných se zamýšlel nad svým vlastním životem, nad svými pocity. To, že si klienti dokázali udělat čas sami na sebe, někteří jakoby se učili „naslouchat“ svému tělu i duši, bylo pro většinu z nich zlomové. A právě to bylo jedním z hlavních cílů tohoto projektu, aby měl každý zúčastněný čas a chuť věnovat se sám sobě. Dá se tedy hovořit o sebepoznávání a následném sebepřijetí klientů.

2.6 Shrnutí výsledků praktické části a ověření předpokladů

Cílem praktické části bylo popsat problematiku osob se zdravotním postižením. Konkrétním cílem bylo zjistit a popsat vliv hudby na zlepšení kvality života osob trpících Parkinsonovou chorobou. Dále bylo nutné zjistit, zda je klient ochoten pracovat na hudebních zadáních za účelem zlepšení motoriky jako jediné linii aktivit. Neméně důležitým bylo zjistit v čem tkví klientova potřeba mít doprovázejícího muzikoterapeuta a zda je problematika klienta komplexní nebo zaměřená pouze na zkvalitnění motorických symptomů. Primárně byla práce orientována na zlepšení motorických funkcí klientů a na schopnost samostatně provádět hudební aktivity, sekundárně na prožívání jedince a jeho psychosociální aktivitu. Zpočátku byl sledován vliv hudby především na funkce motorické.

Během práce se objevila potřeba emočního přijetí ze strany klientů. Ti vyžadovali takovou formu spolupráce, která by jim zajistila porozumění, a to prostřednictvím otevřeného a důvěrného dialogu. Značnou pozornost bylo třeba věnovat jejich individualitě a vlastním životním zážitkům. Každý student pracoval intenzivně s jedním klientem, kterého doprovázel a během týdne kontaktoval tak, aby klient byl schopen samostatné domácí práce na zadaných úkolech.

Celý projekt byl zaměřen na skupinu jako takovou, ale hlavním cílem byla specifická práce s klientem jako individualitou. Každému ze zúčastněných bylo většinou potřebné upravit obraz o vnímání sebe samého.

Klienti měli z počátku tendenci k sebepodceňování. Jak vyšlo najevo, z velké části se na tom podílí jejich vlastní rodina, která není schopna nebo ochotna přijmout stanovenou diagnózu, popřípadě nemají rodinní příslušníci dostatek kvalitních a objektivních informací o jejich chorobě nebo ji dokonce zlehčují. Často nejbližší nesleví z nároků a požadavků na nemocného, který trpí Parkinsonovou chorobou. V důsledku toho pak vznikají zbytečné konfliktní situace, které mohou vyústit až v neskryvané výbuchy hněvu. Nemocnému je vyčítáno, že neplní roli, která se od něj očekává. Stává-li se to častěji, dochází pochopitelně k narušení vztahu nemocného k sobě samému. Důsledkem pak bývá nízké sebevědomí,

sebepodceňování se a nedůvěra v sebe. To pak je často „ideálním“ spouštěčem pro vznik dalších problémů.

Klienti často nejsou schopni prožít vlastní emoce. To v nich může způsobit vznik různých labilit, depresí, traumat a masivních úzkostí. V důsledku toho mohou pak být ohroženi emoční apatií nebo naopak impulsivní nezdrženlivostí, která může vyústit až v manifestaci psychických potíží a vzniku dalších poruch.

Již od počátku klienti vyžadovali po muzikoterapeutech, aby se jim věnovali zcela konkrétně a naprosto individuálně, zejména proto, aby muzikoterapeuté klienty pochopili, a to hlavně v rovině lidské. Původním záměrem celého projektu bylo stanovit klientům odpovídající aktivitu vázanou na hudbu. Každý klient se projevoval ryze individuálně, proto bylo nutné, aby se každý muzikoterapeut nejprve otevřel potřebě a touze klienta být druhým člověkem pochopen a emočně přijat. A teprve tento způsob vztahu umožnil validní komunikaci, která mohla reálně pomoci. Tato komunikace byla vedena i pomocí nonverbálních hudebních, pohybových a dramatických prostředků. Byla to komunikace, která probíhala nejen prvoplánově, ale i na úrovni metakomunikace. Klienti vytvořili skupinu, která se sama ze své vnitřní kultury utvářela.

Byly stanoveny i určité předpoklady. Autorka práce předpokládala, že hudba má kladný vliv na osoby se zdravotním postižením. Dále pak, že hudba může do určité míry zkvalitnit život osob se zdravotním postižením.

Každodenní poslech hudby a tanec je pro klienty prostředkem k sebevyjádření se. Seberealizace je prostředkem k vyjádření emocí a prožitků. Umělecký prožitek spojený s hudbou a tancem dokáže některým klientům nahradit konzultace u psychologa, je pro ně určitým nezastupitelným způsobem duševní hygieny, snižuje progresi nemoci a nutnost intenzity medikace. Pomocí hudby klienti aktivují práci nervové soustavy, nebo naopak navozují relaxaci a útlumové procesy centrální nervové soustavy, modulují synchronizaci svalových skupin a pohybů a vyvažují další procesy fyziologické a psychické. Nahromaděné vnitřní napětí a negativní emoční ladění se odplavují v hudebních aktivitách, dochází tak k emoční abreakci a tak se otvírá prostor pro autenticitu klienta a jeho kreaci. Pomocí uměleckých aktivit mohou jednotlivci vyrovnávat dysbalanci excitace a útlumu centrální

nervové soustavy a zřejmě i dysbalanci v produkci dopaminu a dalších biochemických látek modulujících činnost nervové soustavy. Z denních záznamů klientů je možné zjistit, že postihují jak efekt individuálních muzikoterapeutických hudebních domácích aktivit na emoční úrovni, tak efekt motorický.

V průběhu muzikoterapeutického záměru, vyšlo najevo, že je nutné upravovat postupy podle individuálních potřeb klienta. Ideálním stavem je, když klient nachází své hudební aktivity sám a tým a doprovázející muzikoterapeut tyto postupy pouze formují, aby jejich efekt na odstranění symptomů byl co nejvíce markantní. Postupy jsou hodnoceny podle toho, zda konkrétnímu klientovi přináší pozitivní efekt zmírňující symptomy Parkinsonovy choroby. Příznaky Parkinsonovy choroby jsou pro každého nemocného natolik specifické, že stanovení individuálních muzikoterapeutických hudebních domácích aktivit nemohou být unifikovaná. Ve zkoumané skupině se projevila významná potřeba, až tlak, na muzikoterapeutické postupy, které by umožňovaly emoční sebevyjádření klienta a to proto, aby klient lépe reflektoval a koncipoval smysl svého života. Konkrétní podoba individuálních muzikoterapeutických hudebních domácích aktivit se vynořovala postupně během práce tak, aby klient sám vnímal efekt hudebních aktivit a aby jak lékař, tak muzikoterapeut supervizor, formu domácích hudebních aktivit případně korigoval. Podíl na nacházení konkrétních hudebních činností nesl jednak klient sám, jednak supervize lékaře a muzikoterapeuta v rámci práce se skupinou.

Vytvoření těchto správných individuálních muzikoterapeutických hudebních aktivit pro každého konkrétního jedince tak, aby plnily svou funkci, je vždy časově náročné. Nejen že se předpokládá u muzikoterapeuta jistá míra orientace v oblasti hudby a zákonů hudební stavby a estetiky, ale též se vyžaduje, aby tvůrce individuálních muzikoterapeutických hudebních aktivit měl vzhled do osobnostní dynamiky klienta a měl poznatky a schopnosti nacházet vztah mezi emočním prožíváním a hudebním významem. Individuální muzikoterapeutické hudební aktivity musí být stanovovány pro potřeby všech klientů v součinnosti muzikoterapeuta, klienta a lékaře. Autorka práce se v roli muzikoterapeuta stala doprovázející osobou, která podněcovala, aktivovala, inovovala a podporovala hudební domácí aktivitu klientky tak, aby aktivity byly prováděny pečlivě a trvale.

Po shrnutí získaných informací a poznatků, které autorka práce shromažďovala, analyzovala a aplikovala v praktických činnostech ve spolupráci se sledovanou skupinou a zároveň se

„svým“ klientem, je možné konstatovat, že **cíl práce byl naplněn a všechny stanovené předpoklady se potvrdily.**

ZÁVĚR A NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Jak je patrné ze zápisků klientky, je míra potíží běžného dne a význam hudby a tance zřejmý. Zobrazení a popis několika hodin jednoho dne klientky přiblíží jakémukoliv čtenáři „strastiplnost“ života nemocné. Přiblíží ale i význam hudby a to, jak je nutné a naprosto nezbytné, aby hudební aktivity byly každému klientovi sestaveny specificky tak, aby mu beze zbytku vyhovovaly. Je důležité též respektovat klientovy požadavky na hudební styl, výběr konkrétních interpretů a skladeb, skladby vhodně zvolit především po stránce rytmické. Fyziologické procesy a hudba se navzájem ovlivňují. Obecně platí, že rytmická hudba je výborná pro aktivizaci organismu, naopak pro celkové uklidnění je vhodný poslech hudby v pomalejším tempu.

U klientky Anny hudba a tanec představují především prostředek emočních sebevyjádření se. Poslechem hudby a tancem se u ní odplavují mnohé prožitky úzkostí a strachu, jak prožitkovost, tak motorika jsou pozitivně ovlivněny. Hudebním aktivitám klientka věnuje denně několik hodin. Zcela průkazně je v případě této ženy, za dobu šedesáti let trvání její nemoci, patrný pozitivní význam pohybu a hudby na symptomy Parkinsonovy choroby. Progrese choroby není tak masivní jako u klientů se stejným typem a délkou onemocnění, kteří ale nejsou denně hudebně a tanečně aktivní.

Je neoddiskutovatelné, že hudba má v lidském životě nezastupitelné místo. Mnohdy může léčit. Provází lidi ve chvílích radosti, dokáže radost ještě umocnit a platí to i ve chvílích smutku. Řada klientů potvrzuje, že jsou v jejich životě jedinečné okamžiky odplavující úzkost, kdy prožijí svůj smutek sami v sobě, pouze v přítomnosti hudby, která je oslovuje. Hudba uchopuje, prostupuje a pozitivně ovlivňuje emoční ladění člověka, ale i iniciuje kvalitu pohybu. A právě na základě tohoto lze soudit, že hudba má ozdravný vliv téměř na každého člověka obecně. Lidé s handicapem velmi často intuitivně vyhledávají hudbu a hudební aktivity. To, že dokáží být hudebně aktivní mnoho let, tak jako sledovaná paní Anna, poukazuje na to, že mnohdy spontánně vnímají vliv hudby a využívají ji pro podporu svého zdraví.

Jedním z nejdůležitějších cílů speciální pedagogiky v současnosti je plně respektovat osoby se zdravotním postižením a umožnit každému jedinci plnohodnotný život bez ohledu na to, jakou formou postižení trpí. Každý jedinec se zdravotním postižením by měl mít přístup k různým druhům terapie a mít možnost vybrat si z nich tu, která konkrétně jemu vyhovuje nejvíce. Je zcela zřejmé, že každému z nich je bližší jiná forma. Je však nezbytně nutné respektovat individuální potřeby každého z nich a mít na paměti, že cílem každé terapie je vždy spokojený klient.

Hudba je vnímána jako fenomén prostřednictvím něhož je možné působit na člověka. Existuje mnoho forem jejího terapeutického využití. Na základě výsledků, ke kterým se autorka dopracovala v průběhu této práce, lze usuzovat, že hudba může u člověka ovlivnit oblast somatickou, psychickou, sociální i duchovní. Hudba může být nástrojem k poznání a může značně ovlivnit kvalitu života osob se zdravotním postižením.

Na základě výsledků této práce se autorka domnívá, že téma týkající se využití hudby u osob se zdravotním postižením k terapeutickým účelům je v současnosti tématem velmi aktuálním. Z výsledků je patrné, že by bylo velmi vhodné v této započaté práci pokračovat. Z tohoto důvodu se jeví jako ideální institucionální zaštitění v rámci konkrétního projektu. Vhodným by bylo například založení občanského sdružení, které by se výše zmiňované problematice věnovalo. Právě z důvodu, aby tato práce neztrácela smysl je nutné pracovat kontinuálně a dlouhodobě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BAŠTECKÁ, Bohumila, 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0.
- BENÍČKOVÁ, Marie, 2011. *Muzikoterapie a specifické poruchy učení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. a. s. ISBN 978-80-247-3520-7.
- CAMPBELL, Don, 2008. *Mozartův efekt*. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-336-0.
- ČADILOVÁ, Věra, JŮN, Hynek, THOROVÁ, Kateřina a kol., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-8073697-319-2.
- ČAPKOVÁ, Ludmila, 2010. Rytmus a pohyb. *Parkinson* [on line]. roč. 2010, č. 32, s. 5, 6, [vid. 20. 2. 2012]. ISSN 1212-0186. Dostupné z: http://parkinson-cz.net/ostatni/casopis/Cisla_31-40/Parkinson_32-10.pdf.
- ROGERS, Carl, Ransom, 2003. *Teorie já*. In: DRAPELA, Viktor, 1997. *Přehled teorií osobností*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178 766-3.
- FALEIDE, Asbjorn, O., LIAN, Lilleba, B., FALEIDE, Eyolf, K., 2010. *Vliv psychiky na zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 82-450-0127-9.
- FIŠER, Slavomil, ŠKODA, Jiří, 2008. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 978- 80-7387-014-0.
- FRANĚK, Marek, 2005. *Hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-246-0965-7.
- HALOVÁ, Miroslava, 2007. *Nemocný v domácí péči 1*. Javorník: Halová Miroslava – MAJ.ZJ. ISBN 80-239-7316-9.
- JIRÁK, Roman, HOLMEROVÁ, Iva, BORZOVÁ, Claudia a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.

- KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana a kol., 2009. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KOMÁREK, Stanislav, 2005. *Spasení těla. Moc, nemoc a psychosomatika*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 80-204-1287-5.
- LINKA, Arne, 1997. *Kapitoly z muzikoterapie*. 1. vyd. Rosice u Brna: Gloria. ISBN 80-901834-4-1.
- MAREK, Vlastimil, 2000. *Tajné dějiny hudby*. Praha: Eminent. ISBN 80-7281-037-5.
- MICHALOVÁ, Zdeňka, 2006. *Speciální pedagogika 1. díl*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-109-0.
- MORENO, Joseph, J., 2005. *Rozehrát svou vnitřní hudbu*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-980-1.
- PEJŘIMOVSKÁ, Jitka, ZELENIOVÁ, Jaroslava, 2011. *Dimenze muzikoterapie*. 1. vyd. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavské univerzity v Trnavě. ISBN 978-80-8082-331-3.
- PEŠATOVÁ, Ilona, TOMICKÁ, Václava, 2007. *Úvod do integrativní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-268-5.
- POLEDŇÁK, Ivan, 1984. *Stručný slovník hudební psychologie*. 1. vyd. Praha: Supraphon.
- PONĚŠICKÝ, Jan, 1999. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7264-050-5.
- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří, 2001. *Pedagogický slovník*. 3. rozšířené a aktualizované vyd. Portál: Praha. ISBN 80-7178-579-2.
- RESSNER, Pavel, ŠIGUTOVÁ, Dana, 2001. *Léčebná rehabilitace u Parkinsonovy nemoci. Neurologie pro praxi* [on line]. Roč. 2001, č. 1, s. 31, [vid. 25. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Ressner.pdf>.
- ROTH, Jan, SEKYROVÁ, Marcela, RŮŽIČKA, Evžen a kol., 2009. *Parkinsonova nemoc*.

4. přepracované a rozšířené vyd. Praha: Maxdorf s.r.o. ISBN 978-80-7345-178-3.
- RŮŽIČKA, Evžen, ROTH, Jan, 1998. *Parkinsonova nemoc*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-85121-19-0.
- SCHWARZ, Shelley, Peterman, 2008. *Parkinsonova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 978-80-247-2321-1.
- SKOPAL, Jiří, VÁŇOVÁ, Hana, 2007. *Metodologie a logika výzkumu v hudební pedagogice*. 2. přepracované vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-246-1367-3.
- STONE, Trevor, DARLINGTONOVÁ, Gail, 2003. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1065-3.
- TROJAN, Stanislav, DRUGA, Rastislav, VOTAVA, Jiří, 2001. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, s.r.o. ISBN 80-2470-031-X.
- VACEK, Jaroslav, 1996. *O nemocech duše*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 80-204-0535-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Základy obecné psychologie*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-283-8.
- VOTAVA, Jiří, 2009. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-449-8.
- Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).
- ZELEIOVÁ, Jaroslava, 2007. *Muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-237-9.